Acc. no
279

Class no.
IMK 91

200931151 4
INST. PSYCH.

PATHOLOGICAL LABORATORY
L.C.A.
CLAYBURY

ARBEITEN AUS DEM GESAMMTGEBIET

DER PSYCHIATRIE UND NEUROPATHOLOGIE.

III. Heft.

ARBEITEN AUS DEM GESAMMTGEBIET

DER

PSYCHIATRIE UND NEUROPATHOLOGIE

VON

R. v. KRAFFT-EBING.

III. HEFT.

TEACHING AND RESEARCH LABORATORY,
MAUDSLEY HOSPITAL MEDICAL SCHOOL.

LEIPZIG
JOHANN AMBROSIUS BARTH
1898.

Alle Rechte, insbesondere das der Uebersetzung, vorbehalten.

279

1 MK
Kra

Inhalt.

	Seite
1. Zur Aetiologie der Paralysis agitans	3
Anhang: Die vorzeitige Paralysis agitans	12
2. Ueber Dämmer- und Traumzustände	20
Erster Aufsatz (1875)	23
Zweiter Aufsatz (1877)	47
Dritter Aufsatz (1898)	69
a) Einleitung	69
b) epileptische Dämmer- und Traumzustände	71
c) neurasthenische Dämmer- und Traumzustände	80
d) hysterische Dämmer- und Traumzustände	85
e) alkoholische Dämmer- und Traumzustände	93
3. Ueber typische Delirien bei Epileptikern	99
4. Ueber idiopathisches periodisch wiederkehrendes Irresein in Form von Delirium	119
5. Epileptische Psychosen	141
6. Zur chirurgischen Behandlung der Epilepsie	177
7. Ueber Ecmnesie	193
8. Ueber retrograde allgemeine Amnesie	215
9. Meineid. Hysterismus. Behauptete Amnesie und Unzurechnungsfähigkeit	227
10. Hysteria gravis. Castration. Dauernde Genesung	237

PATHOLOGICAL L.C.A.

I.

ZUR AETIOLOGIE DER PARALYSIS AGITANS.

2

Zur Aetiologie der Paralysis agitans.

Zu den räthselhaftesten Erscheinungsbildern gestörter Nervenfunction gehört jedenfalls die von Parkinson als „shaking palsy“ zuerst beschriebene und nach ihm benannte Erkrankung des centralen Nervensystems.

Trotz häufiger Gelegenheit zur Beobachtung des Leidens, lässt seine Aetiologie, seine Lokalisation, die Deutung gewonnener pathologisch-anatomischer Befunde und die Erklärung der Symptome noch ausserordentlich viel zu wünschen übrig.

Man hat die Paralysis agitans bisher für ein Nervenleiden ohne pathologisch-anatomischen Befund (Neurose) gehalten.

Die neueste microscopische Forschung (Borgherini, Koller, Ketscher, Redlich u. A.) hat bei einer grösseren Zahl von in P. a. Verstorbenen Befunde im Rückenmark erwiesen, denen eine klinische Bedeutung nicht abgesprochen werden kann und die jedenfalls geeignet sind, zur Klarstellung des Sitzes der Erkrankung und zur Erklärung ihrer Symptome den Weg zu ebnen.

Es handelt sich um den Nachweis perivasculärer Sklerose in verschiedenen Abschnitten und Systemen des Rückenmarks, ganz besonders in der Cervical- und Lumbalanschwellung und zwar vorwiegend in den HS und der PySS bahn, stellenweise auch in den KlHSS und dem Gowers'schen Bündel. Ausserdem findet man mässige Pigmentatrophie der Ganglienzellen der VH und der Clarke'schen Säulen.

Es ist von den genannten Forschern erwiesen, dass die sklerotischen Veränderungen von den Gefässwänden ausgehen und dass den Anstoss dazu atheromatöse (senile) Erkrankung der Gefässe giebt.

Damit ergeben sich Analogien und Beziehungen zu einer zweifellos

in sklerotischen Veränderungen in den SS, speciell den PySS begründeten senilen Rückenmarkserkrankuug, die Demange 1885 zuerst unter dem jedenfalls nicht glücklich gewählten Namen einer „Contracture tabétique progressive“ beschrieben hat.

Dieses Leiden äussert sich in einem eigenthümlichen Rigor bis zur Contractur der Muskeln, zugleich mit Schwäche derselben, ganz besonders in den UE., sodass ein paraparetischer, mehr oder weniger spastischer, in den Knieen einsinkender Gang resultirt.

Diese Symptome finden sich auch in dem Erscheinungsbild vorgeschrittener Paralysis agitans und sind wohl auf die anatomischen Veränderungen in den PySS beziehbar.

Die bisher bei P. agitans gewonnenen anatomischen Befunde sind schon deshalb nicht von der Hand zu weisen, weil sie insofern sich mit den klinischen Symptomen decken, als dieselben qua Rigor und Muskelschwäche — der eigenthümliche Tremor kann hier ja fehlen und scheint functionelles Symptom zu sein — eine directe oder indirecte Affection der PySS bahn andeuten. Diese Annahme findet eine gewichtige Stütze in der von mir regelmässig bei P. agitans gefundenen erheblichen Steigerung der tiefen Reflexe im Gebiet der von P. a. heimgesuchten Extremitäten.

Der Werth der anatomischen Befunde im Sinne einer perivasculären Sklerose wird aber andererseits dadurch geschmälert, dass, soweit diese auf (senile) atheromatöse Erkrankung der Gefässe zurückgeführt wird, allerdings seltene Fälle von P. agitans in jugendlichem Alter vorkommen, dass auch bei alten von dieser Krankheit heimgesuchten Individuen Erscheinungen von Atherose nicht immer und jedenfalls nicht in correlatem Verhältniss zur Krankheit nachweisbar sind, dass die P. agitans im höheren Greisenalter, etwa vom 65. Lebensjahr ab, immer seltener wird und dass die gefundenen Veränderungen im Sinne einer perivasculären Sklerose im senilen Rückenmark, auch ohne begleitende P. agitans, ganz gewöhnliche Befunde sind.

Aus diesen Gründen wird man die Krankheit nicht mit einer perivasculären spinalen Sklerose identificiren dürfen, sondern den anatomischen Veränderungen nur die Bedeutung einer erworbenen Disposition zuerkennen können, die, auf Grund einer besonderen biologischen Phase und durch das Hinzutreten von Gelegenheitsursachen. die Entstehung der Krankheit vermittelt.

Wie aus den folgenden Untersuchungen hervorgehen wird, spielen als veranlassende Ursachen psychisches und mechanisches Trauma eine hervorragende Rolle. Daran schliessen sich durch eine schwere körperliche Erkrankung vermittelte allgemeine Ernährungsstörungen an.

Wahrscheinlich kann der klimacterische Process die gleiche Bedeutung gewinnen.

Die Entstehung der P. agitans liesse sich somit in der Weise erklären, dass man annimmt, bei einem durch perivasculäre sklerotische Rückenmarksveränderungen anatomisch nicht integren, dadurch disponirten, zudem in einer besonderen biologischen Phase befindlichen Individuum wird durch eine accessorische Schädlichkeit eine Störung der Function gewisser Rückenmarksgebiete hervorgerufen, die durch Fortdauer der Noxe, anatomische Läsion des getroffenen Nervengebiets u. a. in ihrem Wesen noch dunkle Factoren nicht mehr zur Ausgleichung gelangen kann.

Die Annahme, dass die Symptome der P. a. wesentlich functionelle sind und dass diese Krankheit als eine Neurose zu betrachten ist, scheint mir vorläufig noch als eine berechtigte.

Bevor das Studium der Aetiologie derselben unternommen wird, möge die Frage nach dem Vorkommen und der Häufigkeit dieser Krankheit eine Erörterung finden.

Charcot (leçons I p. 186) machte die Mittheilung, dass unter den in der Salpêtrière behandelten Krankheiten die P. a. an 5. Stelle bezüglich ihrer Häufigkeit erscheine und neben der Tabes rangire.

Er berichtet Mittheilungen Brown-Séquard's, dass die Krankheit in England und Nordamerika besonders häufig vorkomme. Aus einem statistischen Bericht von Sander geht hervor, dass von 1855—63 durchschnittlich jährlich 14 Männer und 8 Weiber in England der P. a. erlagen. Berger zählte unter 6000 Nervenkranken 37 mit P. agitans.

Besser illustrirt die Häufigkeit dieser Krankheit eine Berechnung von Eulenburg (Realencyclop. 2. Aufl. XV. p. 176), der von 8900 in der Nervenpoliklinik behandelten Kranken 32 (0,36 %), von 1524 in der Privatpraxis behandelten 14 (0,9 %), in Summa unter 10424 Nervenkranken 46 Fälle von P. a. (0,44 %) fand. Er hält diese Krankheit für 3—4mal seltener als Tabes, für 5mal seltener als Chorea.

Ich selbst habe in Wien in den letzten 6 Jahren im Nervenambulatorium unter 27000 Fällen 53, in der Privatpraxis unter 7000 Fällen 24 mit Par. ag. gefunden, also unter 34000 77 Fälle (0,227). Diese Ziffern sind erheblich niedriger als die von Eulenburg und lassen vermuthen, dass Morbiditätsunterschiede in den verschiedenen Ländern bestehen.

Die folgenden Untersuchungen über die Aetiologie der P. agitans stützen sich auf eine Centurie von Fällen, die ich im Laufe der letzten 9 Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte und bei denen das Hauptangenmerk auf die Ursachen der Erkrankung gerichtet war. Es liess sich hoffen, dass eine so grosse Zahl von Fällen zur Klärung ätiologischer Fragen Erhebliches werde beitragen können. Diese Erwartung hat sich aber nicht in vollem Umfang bestätigt. In einer Reihe von Fällen blieben die jedenfalls endogenen Ursachen der Krankheit verschleiert. Im Grossen und Ganzen bestätigen meine Erfahrungen die von Anderen bereits gewonnenen. Am nächsten kommen meine Resultate denen von Gowers.

Von meinen 100 Fällen von P. agitans betrafen 60 Männer, 40 Weiber.

Den gebildeten Ständen gehörten an unter den Männern 29, dem Handwerkerstand 31. Die entsprechenden Zahlen für die weiblichen Fälle waren 9 und 31. Die Gesammtzahl der Patienten aus höherem Stand war somit 38, aus niederem 62.

Höchst auffällig war die Morbidität je nach dem Religionsbekenntniss. Von den 100 Fällen waren 97 österr.-ungarische Landesangehörige. Der christlichen Confession gehörten an 65, der mosaischen 32. Zur Zeit der Aufnahme meiner Fälle betrug die Anzahl der Israeliten in der österr.-ungar. Monarchie 4 % der Bevölkerung. Die Morbidität der letzteren überragte somit die der christlichen Bewohner um etwa das 8fache, ein weiterer Beweis zu dem von Minor erbrachten bezüglich der viel grösseren Morbidität der Israeliten im Gebiet der Nervenkrankheiten.

Bezüglich des Alters zur Zeit der Erkrankung ergeben sich folgende Zahlenverhältnisse:

Alter bei der Erkrankung.

	Männer	Weiber
27—30 Jahre	1	1
31—35 „	—	1
36—40 „	2	2
41—45 „	6	6
46—50 „	8	6
51—55 „	13	9
56—60 „	14	8
61—65 „	9	5
66—70 „	6	1
71—75 „	1	1
	60	40.

Die vorstehende Tabelle bestätigt die grosse Seltenheit der Krankheit in jüngeren Jahren sowie im Greisenalter, endlich die grosse relative Morbidität vom 41. bis zum 65. Lebensjahr. Der grösste Procentsatz fällt in das 5. Decennium bei beiden Geschlechtern. Es mag dies damit zusammenhängen, dass diese Lebenszeit die biologische Phase des Change of life, der sich geltend machenden Involutionsvorgänge im Organismus ist. Bei den weiblichen Fällen setzt die Krankheit früher ein und sinkt die Morbidität früher ab als bei den männlichen. Es lässt sich dies wohl dahin deuten, dass die P. a. eine mächtige Disposition in den Involutionsvorgängen des Organismus findet und dass diese früher und eingreifender beim Weibe als beim Manne sich zu vollziehen pflegen. Ganz besonders ergeben sich solche Gesichtspunkte, wenn man die in meiner Statistik verwertheten, nach dem 60. Lebensjahr aufgetretenen quasi tardiven Fälle auf ihre biologischen Besonderheiten untersucht. Da zeigt sich bei beiden Geschlechtern auch tardives Eintreten der Involution, was sich bei den weiblichen Fällen deutlich in einer Hinausschiebung der Menopause ausspricht.

Auch Eulenburg findet die Zeit der grössten Morbidität vom 45.—65., Ordenstein vom 40.—50., Gowers vom 50.—60. Jahr, unter ausdrücklicher Betonung der Thatsache, dass die Krankheit wesentlich eine solche der regressiven Lebensperiode, nicht aber des hohen Greisenalters ist.

Veranlagende Ursachen.

Hereditäre oder familiale Belastung. Von meinen 40 weiblichen Fällen war bei 35, von den 60 Männern bei 56 die Ascendenz ermittelbar.

Unter den 35 Weibern fanden sich nur bei 5 Nerven- oder Hirnkrankheiten in der Ascendenz oder Blutsverwandtschaft, unter den 60 Männern nur bei 4 Fällen und darunter nur bei einem gleichförmige familiale hereditäre Beziehungen (P. agitans bei der Mutterschwester).

Eulenburg fand unter seinen 46 Fällen mindestens 3 von familialer Belastung. Berger hat den Nachweis erbracht, dass es Fälle von familialem Vorkommen der Krankheit gibt. Er, gleichwie Gowers nahmen hereditäre Beziehungen bei 15 % ihrer Fälle an. Noch grösseren Einfluss räumen der erblichen Belastung Leroux (contribut. à l'étude des causes de la p. a. Thèse de Paris 1886) und L'hirondel (antécédents et causes de la maladie de Parkinson, Thèse de Paris 1883) ein.

Angeborene nicht hereditäre Belastung. Eine solche in Gestalt neuropathischer Constitution fand sich bei meinen Fällen nur bei 2 Männern, dagegen bei 8 Frauen. Diese Ziffern differiren erheblich von Eulenburg, der circa 20 % neuropathische Belastung berechnet und von Berger, der diesen Factor auf 11,5 % beziffert.

Selbst diese Procentsätze sind nicht erheblich und dürften dem Procentsatz der Nervosität in Culturländern, insbesondere Grossstädten entsprechen. Jedenfalls ist die Annahme gerechtfertigt, dass erbliche Belastung und neuropathische Constitution bei der in Rede stehenden Krankheit eine geringfügige Rolle spielen, diese vielmehr in der Häufung erworbener Schädigungen des Nervensystems und dem Hinzutreten von zufälligen Noxen in einer bestimmten biologischen Phase ihre Begründung findet.

Erworbene Schädigungen des Nervensystems. Lues war in meinen Fällen nur bei 2 Männern anamnestisch nachweisbar, in keinem weiblichen Falle.

Potus nimius war bei 5 Männern zu verzeichnen. An chronischem Muskelrheumatismus durch refrigeratorische Schädlichkeiten hatten 4 Männer gelitten.

Surmenage, theils geistig, theils körperlich hatten verfrühtes Altern bei 5 Männern und 4 Frauen hervorgebracht. Jahrelange Kränkungen und Emotionen waren bei 2 Männern und 5 Weibern vorausgegangen. Ausgesprochene Atherose zur Zeit der Erkrankung fand sich bei 7 Männern und 2 Weibern, bei den letzteren zugleich mit Senium praecox.

Im directen Anschluss an das Klimacterium erkrankten 7 Frauen.

Veranlassende Ursachen.

	Männer	Weiber
Psychisches Trauma	13	9
Mechanisches äusseres Trauma	4	1
Durchnässung	6	1
Apoplectischer Insult	2	0
Acute Krankheiten	6	4
Change of life (Klimacterium)	10	7
unbekannt	19	18.

Eine hervorragende Rolle spielt in der obigen Tabelle das psychische Trauma. In den einzelnen Fällen handelte es sich um heftige psychische Erschütterungen durch plötzliche Todesgefahr,

unvorhergesehenen Tod nahestehender Personen, Schreck durch Feuersbrunst, Diebstahl, jähen Verlust des Vermögens und dgl. In der grossen Mehrzahl der Fälle begann die P. a. binnen Tagen bis Wochen nach dem Shok. Die Bedeutung des psychischen Trauma's für die Entstehung der Krankheit ist längst erkannt. Schon van Swieten erwähnte eines Mannes, der, durch einen Donnerschlag erweckt, P. a. bekam. Oppolzer beobachtete einen gleichen Fall bei einem Manne aus Schreck über eine neben diesem platzende Bombe. Drei analoge Fälle, die sich auf die Schrecken des Bombardements von Strassburg zurückführen liessen, berichtete Kohts. Hillairet konnte bei einem Mann die Entstehung des Leidens auf den Schreck zurückführen, den dieser als Augenzeuge der Ermordung seines Sohnes erfuhr.

Weitere derartige Fälle haben Hardy, Rabot, Charcot beigebracht. Der letztere Forscher stellte psychisches Trauma ätiologisch in erste Linie und machte darauf aufmerksam, dass die Krankheit fast der psychischen Commotion auf dem Fusse folgen kann.

Physisches Trauma. Dasselbe reiht sich in seiner Bedeutung direct an das psychische.

In meiner Statistik spielt dasselbe gegenüber anderen eine wohl zufällig geringere Rolle, insofern es nur in 5 Fällen auslösend wirkt.

In 4 derselben handelte es sich um Contusionen oder Distorsionen von Gelenken. In allen begann die Krankheit von der Stelle des Trauma's aus, bezw. in der betr. Extremität. Besonders bemerkenswerth war ein Fall, wo der Ausbruch, entgegen der gewöhnlichen primären Localisation in den Oberextremitäten, in der traumatisch afficirten Unterextremität erfolgte.

Sehr bezeichnend war der Fall eines Malers, der, beruflich überangestrengt und seit einiger Zeit marastisch geworden, an der Hand, mit welcher er die Palette zu halten pflegte, die Krankheit zuerst bemerkte, nachdem ihm schon längere Zeit überaus rasche Ermüdung an eben dieser Hand aufgefallen war.

Eine werthvolle Studie über die Bedeutung des physischen Trauma's für die Entstehung der Krankheit hat Dr. Walz „Die traumatische Paral. agitans“ in der Vierteljahrschr. f. ger. Med. 3. Folge XII. 1896 veröffentlicht.

Sie umfasst fast alle Fälle der Literatur, darunter 5 irrthümlich für P. a. gehaltene, mit Genesung endigende und wohl dem Gebiet der Hysterie zuzuweisende, dann 10 mit nicht sicherer Diagnose oder unsicherem Trauma, 14 sichere aber unvollkommen mitgetheilte, endlich 27 genau referirte, die eine wissenschaftliche Verwerthung gestatten.

Bei diesen 27 Fällen war die Art des Trauma's allgemeine Er-

schütterung 6 mal, Verwundung (Stich, Schnitt) 7, Verbrennung 1, Erfrierung 1, Distorsion, Luxation oder Fractur 4, Contusion und dgl. 8 mal.

In 8 Fällen entwickelte sich die Krankheit sofort, in 7 nach Tagen, in 7 nach 1—4 Monaten, in 4 nach 1—4 Jahren. Der ätiologische Zusammenhang in diesen letzteren tardiven Fällen war deutlich durch „Brückensymptome" d. h. Schmerzen, Schwäche, Steifigkeit im verletzten Glied, ferner durch den Umstand, dass die Krankheit ihren Anfang in diesem nahm.

Diese Thatsache der localen Entstehung an der Stelle des ursprünglichen Trauma's ergab sich in allen Fällen von localisirter Verletzung, die zu P. a. führte. In 5 Fällen handelte es sich um Verletzung der Unterextremitäten und entsprechendem Beginne daselbst, während da wo allgemeines Trauma (Erschütterung) wirksam wurde, die Krankheit in klassischer Weise immer in einer OE. begonnen hatte.

Prädispositionen fand Verf. nur ausnahmsweise (1 mal Heredität, zuweilen Rheuma, Potus, Kummer). Bekanntlich hat sich schon Charcot mit dem Studium der traumatischen P. agitans beschäftigt. Er vermuthete als Vermittler zwischen Trauma und Krankheit Neuritis ascendens, welche Annahme Vandier u. A. nur bei besonderer (hereditärer) Veranlagung gelten lassen. Walz betont mit Recht, dass eine solche nicht unerlässlich sei, aber immerhin eine Disposition zur Erkrankung darstellen können. Jedenfalls könne eine traumatische P. a. nur auf Grund eines veränderten Nervensystems gedacht werden. Diese Veränderung kann angeboren (Heredität), sonstwie erworben (Rheuma, Potus u. s. w.) oder erst durch das Trauma hervorgerufen sein. Besonderen Werth legt Walz mit Recht auf gewisse Altersdispositionen.

Das Trauma ist erfahrungsgemäss meist geringgradig. Gowers hält den mit dem Trauma verbundenen psychischen Shok (Schreck) für das möglicherweise entscheidende Moment, eine Annahme, die aber sich nicht gut mit der mit der Stelle des Trauma's zusammenfallenden und vielfach ganz atypischen ursprünglichen Localisation der Krankheit zusammenreimen lässt. Die Arbeit von Walz enthält, abgesehen vom thatsächlichen Material, erschöpfende Literaturangaben.

An das physische Trauma lassen sich wohl die (7) Fälle meiner Statistik in Gestalt von heftiger Durchnässung, die ja auch eine Art mechanisches Trauma darstellt, anreihen, endlich die 2 Fälle von Erschütterung des Nervensystems in Gestalt eines apoplectischen Insults.

Acute Krankheiten, die schwer die Gesammternährung des Körpers schädigten und mehr weniger den Beginn der regressiven

Lebensperiode inaugurirten, erscheinen ätiologisch in meiner Statistik mit 10 %.

3 mal handelte es sich um Rheumatismus articul. acut., je 1 mal um Erysipel, Enteritis, Botulismus, je 2 mal um Pneumonie und Influenza. Die Betreffenden erholten sich nicht recht von ihrer überstandenen Krankheit, alterten rasch, wurden marastisch und verfielen binnen 3 Wochen bis 4 Monaten der P. a.

Klimacterium. Bei 7 Frauen unter 40 entwickelte sich die Krankeit ohne weitere Gelegenheitsursachen im unmittelbaren Anschluss an das Klimacterium, das schon im 38.—44. Jahre sich eingestellt hatte. Nur in einem Falle bestand eine Prädisposition (Vater irrsinnig gewesen, Pat. constitutionell neurasthenisch).

Auch bei 10 Männern meiner Statistik trat die Krankheit ohne alle Gelegenheitsursachen unter Vorausgehen und in Begleitung von Involutionsvorgängen am Körper ein, die im Sinne eines „Change of life" sich deuten liessen und offenbar der Ausdruck von das Senium anbahnenden Veränderungen waren.

Jedenfalls ist man berechtigt, auch für den Mann eine klimacterische biologische Periode anzunehmen, die den Uebergang von der vollen Rüstigkeit zum beginnenden Senium darstellt und sich psychisch in Nachlass der Spann- und Thatkraft, der gemüthlichen Erregbarkeit, Neigung zu Ruhe und Beschaulichkeit, sexuell im Absinken der Libido sexualis documentirt, womit vielfach sich ein gewisses Embonpoint einstellt.

Diese Involutionszeit des männlichen Organismus ist zeitlich nicht so begrenzt, wie beim Weibe und geht nicht mit so prägnanten körperlichen Erscheinungen einher, wie bei diesem. Immerhin bieten Neigung zu Fluxionen zum Gehirn, Schwindel, anfängliche nervöse Störungen Analogien mit Dem was beim Weibe beobachtet wird.

Diese klimacterische Zeit beginnt bei den meisten Männern um das 55. Lebensjahr, bei besonders gut constituirten und geschonten erst Anfang der 60er Jahre, bei schlecht constituirten, durch geistige oder körperliche Ueberanstrengung strapazirten, durch Ausschweifungen (Alkohol) oder Krankheiten (besonders Lues) havarirten schon viel früher, etwa um das 50. Lebensjahr oder noch vorher.

In diesen letzteren Fällen ist diese Involutionszeit eine nur kurze Prodromalperiode eines Senium (praecox) mit den entsprechenden physischen (rasch überhand nehmende Atherose u. A.) und psychischen Erscheinungen.

Die sich unter solchen Bedingungen beim Manne entwickelnde Paralysis agitans scheint mit den Involutionsvorgängen im centralen

Nervensystem in ätiologischen Zusammenhang gebracht werden zu müssen. Es handelt sich hier offenbar um analoge Bedingungen wie da, wo die Krankheit beim Weib sich aus dem Klimacterium heraus entwickelt und um eine Bestätigung der Ansicht von Gowers u. A., dass in der Phase der Involution oder Regression der Mensch am meisten in Gefahr steht, an P. agitans zu erkranken, während das eigentliche Greisenalter fast völlige Immunität gewährt.

Meine 10 männlichen Fälle, die ich mit Involutionsvorgängen in ursächlichen Zusammenhang zu bringen mich berechtigt glaube, waren sämmtlich hereditär und sonstwie unbelastet gewesen, aber bei einigen hatten frühere Krankheiten, besonders chronischer Rheumatismus, bei fast allen geistige oder körperliche Ueberarbeitung die Constitution untergraben und frühes Altern bewirkt. Drei darunter waren jüdische Hausierer gewesen. In einem Fall war Lues im Spiel, hatte mit 47 Jahren zum Ausbruch von Tabes geführt, zu welcher dann mit 48 Jahren sich P. agitans hinzugesellte.

Auch in den übrigen Fällen hatte diese Krankheit auffallend früh eingesetzt (1 mit 46, 1 mit 48, 1 mit 51, 2 mit 52, 1 mit 53, 3 mit 58 Jahren). Dies spricht zu Gunsten der Richtigkeit obiger Annahme.

Anhang: Die vorzeitige Paralysis agitans.

Gegenüber den vorstehenden Ermittlungen über die ätiologischen Bedingungen der P. agitans erscheint die Thatsache des Vorkommens dieser Krankheit lange vor dem Alter der Involution, jedenfalls vor dem 40. Lebensjahr, sehr bemerkenswerth und zum Studium der Ursachen herausfordernd. Hier kann nicht von prädisponirenden Bedingungen im Sinne perivasculärer Sklerose oder des Klimacteriums die Rede sein.

Versucht man, die in der Literatur und in eigener Erfahrung sich ergebenden Fälle zusammenzustellen, so ergibt sich die grosse Seltenheit wirklicher Paral. agitans, sobald man die Diagnose scharf ins Auge fasst.

Einer der bemerkenswerthesten Fälle von angeblicher infantiler Paralysis agitans ist der von Huchard (Union médicale XIX p. 76) 1875 veröffentlichte.

Beob. Junges Mädchen von 18 Jahren. Seit dem 3. Lebensjahr auf den l. Arm beschränktes, in Form schneller, regelmässiger Zuckungen von geringer Excursionsweite, wodurch die Hand beständig von rechts nach links und umgekehrt geführt wird, erfolgendes Zittern, das in der Ruhe beobachtet wird, emotionell sich steigert und im Schlafe cessirt.

Die in Rückenlage ruhigen UE. zeigen, wenn erhoben (l. > r.), kaum bemerkliche Oscillationen. Das Zittern der l. UE. war früher stärker — Pat. ging etwas schwierig und leicht hüpfend. Auch an r. OE. minimales Zittern, dito an der vorgestreckten Zunge. Kein Nystagmus; Sprache nicht gestört. Schreiben erschwert (unregelmässige Buchstaben, Zitterschrift). Beim Gehen leicht vorgebeugte Haltung. Zeitweise maskenartig starre Züge. Nirgends Rigor, keine charakteristische Handstellung. Zeitweise neuralgiforme Schmerzen, besonders in l. OE. Crampi in einzelnen Gliedern. Sensibilität intact. Pat. sehr emotiv, von geringer Intelligenz und wenig Gedächtniss. Keine hereditäre Belastung. Pat. war angeblich nie krank gewesen. Verf. lehnt natürlich multiple Sklerose und Hysterie ab und hält den Fall für einen echten von Paral. agitans.

Dass dieser Fall kein solcher ist, bedarf heutzutage keines Beweises mehr. Man ist versucht, dieses stationäre Zittern als posthemiplegische Neurose im Anschluss an eine infantile Heerderkrankung (Polioencephalitis), analog einer Hemiathetose zu deuten.

Geht man der Casuistik der infantilen Fälle in der Literatur weiter nach, so findet sich, soweit sie mir zugänglich war, nirgends ein Fall, welcher die gestellte Diagnose rechtfertigte. Offenbar haben früher choreatische Bilder, namentlich posthemiplegische, Fälle von multipler Sklerose u.s.w. eine Paralysis agitans vorgetäuscht. Mit Bestimmtheit kann man, trotz Charcot, der 1875 noch die Heilbarkeit der P. a. behauptete (vgl. Denombré, „Maladie de Parkinson“ Paris 1880 p. 58) Fälle von angeblich geheilter P. a., ja selbst durch viele Jahre stationärer, von der Discussion ausschliessen.

In dem mir leider im Original nicht zugänglich gewesenen British med. Journal 1873 1. u. 8. März hat Jones einen Fall angeblicher P. a. bei einem 17jährigen Mädchen veröffentlicht. Die Beschreibung desselben spricht durchaus für Chorea. Auch die Behauptung des Verf., dass die Therapie bei jungen Leuten nicht hoffnungslos sei, muss zur Vorsicht in der Beurtheilung mahnen. Der von Duchenne in der Thèse de Paris Fernet's 1872 berichtete Fall, ein Mädchen von 16 Jahren betreffend, scheint mir ebenfalls nicht als P. a. zu deuten, ebensowenig der im Journal de méd. et de chirurg. pratique 1874 Sept. mitgetheilte Fall von Erkrankung eines Mädchens durch Schreck.

Bemerkenswerth ist auch ein Fall von Meschede (Virchow's Archiv 50 p. 297). Ein Junge erhielt mit 12 Jahren einen Hufschlag ins Gesicht. Leider sind nur Fragmente einer Krankheitsgeschichte mitgetheilt. (Neben P. a. artigen Erscheinungen solche von Aphasie, Zwangsbewegungen im Sinne von triebartigem Vorwärtslaufen.) Bei der Section des mit 25 Jahren Gestorbenen fand sich Sklerose und graue Degeneration im Centralnervensystem!

Unzweifelhaft werden auch manche Fälle angeblicher P. a. durch Hysterie vorgetäuscht.

Neubert, Jahrb. f. Kinderheilkunde, VIII p. 378, XI p. 435, berichtet die Geschichte eines 11jährigen Knaben, der von einem Mitschüler in den rechten Vorderarm gebissen, an rhythmischem Schüttelтremor erkrankte und davon nach 14 Monaten genas.

In der Thèse von Laroux über P. a. findet sich p. 19 ein Fall von Doos. Er betrifft ein 19 Jahre altes Mädchen, das sich einen Dorn unter einen Zehennagel einstiess, localen Zitterkrampf dann bald rechts bald links bot und nach 10 Tagen gesund wurde.

Auch bei den postpubischen, noch jugendliche Individuen betreffenden Fällen ist die gestellte Diagnose nicht immer unanfechtbar, so in einem von Leyden (Virchow's Archiv XXIX 1. 2) mitgetheilten Falle eines 24jährigen Soldaten, bei dem ein Sarcom im linken Thalamus opt. die Ursache eines rechtsseitigen Zitterkrampfs gewesen zu sein scheint; ferner bei Fioupe (Journal de mèd. et de chirurg. pratique 1874 p. 389), wo ein junges Mädchen aus Schreck über eine platzende Granate erkrankt sein soll. Fälle von Buzzard, einen 21jährigen Mann, von Berger, ein 17jähriges Mädchen betreffend, waren mir nicht zugänglich.

Einen Fall von Oppenheim (Charitéannalen XIV p. 145) berichtet (Mann, Sturz auf den Kopf, allgemeines Zittern, conc. Einengung des Gesichtsfelds) wurde anfangs für P. a. gehalten, aber vom Verf. später als „Pseudoparalysis" (wohl hysterische traumatische Neurose) selbst erklärt.

Analog dürfte wohl auch ein Fall von Ewald (Monatsschrift für Unfallheilkunde 1894 p. 216) zu deuten sein (Telephonistin. Nach heftigem elektrischem Schlag bewusstlos, dann rechts Hemiplegie und Entwicklung von Zittern, wie bei P. agitans); ferner ein Fall von Heimann (Die Paral. agit. Fall 20): Mann 54 Jahre. Hat vor 20 Jahren ein Trauma capitis erlitten, bot seither Erscheinungen sog. traumatischer Neurose und ein P. agitans ähnliches Zittern, das aber durch psychischen Einfluss sehr modificirt und sogar zum Sistiren gebracht werden konnte.

Ein älterer Fall von Volz (Heidelberger Annalen XII 2) betrifft ein 30jähriges Fräulein mit Schüttelkrampf des Kopfes, der Genesung fand und nur als hysterisch gedeutet werden kann.

Es wäre jedenfalls eine dankenswerthe Aufgabe, wenn Jemand sich der Mühe unterziehen wollte, alle Fälle von infantiler und überhaupt vorzeitiger P. agitans auf ihre Berechtigung zu prüfen. Wahrscheinlich würde sich dann ergeben, dass in den 2 ersten Lebensdecennien die Krankheit gar nicht existirt.

Von welcher Lebenszeit ab man auf ihr Vorkommen gefasst sein muss, dürfte einstweilen offene Frage bleiben. In unanfechtbaren Fällen (z. B. von L'hirondel, Siotis, Béchet u. A.) spielen mechanische Traumen offenbar eine hervorragende Rolle. Die betreffenden Patienten erkrankten mit 37, 38, 37 Jahren. In einem Falle Westphal's (Charité-annalen IV p. 105) weiterbeobachtet von Heimann (Paralysis agitans, Berlin 1888. Beob. 12) erkrankte ein Mann mit 33 Jahren angeblich nach einer heftigen Verkühlung, in einem anderen Fall, den Heimann berichtet (Beob. 15), war die muthmassliche auslösende Ursache der Krankheit bei dem 33 Jahre alten Mann das angestrengte Halten einer Elektrode in der linken Hand bei Selbstfaradisation wegen Facialislähmung. Diese beiden sind die einzigen Fälle vor dem 40. Jahr innerhalb einer Casuistik von 19 Fällen. Ordenstein fand 1868 unter 30 Fällen von P. agitans 6, die vom 30.—40. Jahr entstanden waren. In der Arbeit von Walz über traumatische P. agitans finden sich unter 27 Beobachtungen nur 3 als vor dem 40. Jahr entstandene.

Gowers fand von seinen Fällen nur den neunten Theil im Alter von 30—40 Jahren erkrankt. Die folgenden vorzeitigen 7 Fälle aus meinem Beobachtungskreise sind die einzigen unter 131 sicheren Fällen von P. agitans. Sie repräsentiren die gewöhnliche Aetiologie der spätzeitigen Fälle. Eine besondere Veranlagung muss Angesichts solcher Beobachtungen zugestanden werden. Ihr Wesen ist aber ganz dunkel. Dass die Krankheit vor dem 40. Jahr auftreten kann, muss ohne Weiteres zugegeben werden, aber es bedarf jedenfalls sorgfältiger Diagnose im Einzelfall, um ihn als vollwerthig anzuerkennen.

Beob. 1. P., 32 J., verh., Geschäftsmann, israelit. Confession, aus gesunder Familie, von Krankheiten verschont, bis auf Typhus mit 10 Jahren, nie schweren Erkältungen oder Strapazen ausgesetzt, erkrankte im Mai 1892 (mit 30 Jahren) mitten aus voller Gesundheit an Paralysis agitans.

Als einzige Ursache sind schwere Gemüthsbewegungen eruirbar. Pat. hatte in Folge verschiedener Umstände bis 1891 seiner Militärpflicht nicht genügt.

Im Herbst 1891 sollte er assentirt werden. Diese Aussicht emotionirte ihn ausserordentlich. In grösster Angst und Erregung brachte er mehrere Monate zu. Dazu kam ein ungerechtfertigter Verdacht eines versuchten Betruges und die Gefahr einer drohenden Verhaftung.

Er wurde schuldlos erkannt, auch nicht assentirt, aber der Schreck lag ihm, wie er sagt, noch Monate lang in den Gliedern.

Im Mai 1892 begann Zittern und Schwäche in der r. Hand. Dieses

Zittern war grosswellig, in der Art des Pillendrehens, emotionell sehr gesteigert, bei psychischer Ruhe kaum wahrnehmbar, im Schlafe cessirend. Er konnte nicht mehr schreiben, auch wurde die r. Hand schwach.

Im August 1892 stellten sich Zittern und Schwäche auch im r. Fuss ein. Im März 1894 gesellte sich Tremor capitis hinzu, auch fand Pat., dass sein Sprachmechanismus schwerer ansprach.

Stat. praes. 24. 9. 1894.

Mittelgrosser, graciler Mann, Vater von 2 gesunden Kindern. Schädel normal, keine Degenerationszeichen. Augenbewegungen frei, Visus normal, Augenspiegelung ohne Befund, Pupillen normal, kein Nystagmus, Psyche unbetheiligt. Miene leicht starr. Bei mimischen Bewegungen wird die r. Gesichtshälfte weniger und später innervirt als die linke.

Auch in der Ruhe besteht leichtes Zittern des Kopfes in der verticalen Ebene.

Die r. Oberextremität ist im Ellbogengelenk gebeugt, die r. Hand in klassischer Stellung, die Bewegungen der r. Fingergelenke sind etwas gehemmt, schwerfällig. Tremor besteht nur in Ruhe, intendirte Bewegungen machen ihn momentan verschwinden. Die tiefen Reflexe sind in der r. OE. stark gesteigert, die grobe Muskelkraft ist etwas herabgesetzt. Sensibilität normal. An der l. OE., ausser Steigerung der tiefen Reflexe und beginnender klassischer Handstellung, nichts Abnormes. An der r. UE. Amyosthenie, leichter Tremor in Ruhestellung, beim Gehen leichtes Anstreifen des r. Fusses, Fussklonus, sehr gesteigerter Patellarreflex, kein Rigor, normale Sensibilität.

An der l. UE. ist, ausser gesteigertem Patellarreflex, nichts Pathologisches nachzuweisen. Der Oberkörper ist leicht vorwärts geneigt. Andeutung von Retropulsion. Leichte Bradyphasie. Keine Hitzegefühle, kein vermehrtes Schwitzen. Psyche unbetheiligt, vegetative Functionen normal.

Ein neuerlicher Stat. praes. vom 18. 6. 1896 ergab folgenden Befund:

Klassische Haltung des Gesammtkörpers (Ueberhängen nach vorn, Kinn der Brust genähert, OE. an den Thorax gepresst, im Ellbogengelenk gebeugt, klassische Handstellung, Kniee eingesunken, kurze, trippelnde Schritte, Füsse am Boden scharrend, Steifigkeit und geringe Beweglichkeit in den Gelenken).

Seit Ende 1894 Zittern auch in l. OE., bald darauf in l. UE. Seither auch bilateraler Rigor, rasche Ermüdung, allgemeine Amyosthenie, abnorme Hitzegefühle, profuses Schwitzen.

Im Juni 1896 Miene vollkommen starr, schwer anspruchsfähig. Allgemeiner Tremor, gelegentlich auch in der Unterlippe; Rigor, tiefe Reflexe allenthalben sehr gesteigert, beiderseits Fussklonus. Klagen über erschwertes Ansprechen der Zunge, aber objectiv nur zeitweise und geringfügige Bradyphasie. Gefahr, beständig den Schwerpunkt nach vorne zu verlieren, keine Propulsion, wohl aber deutliche Retropulsion. Grosse Schwierigkeit der Drehung um die Längsaxe in liegender Position. Psyche intact.

Beob. 2. Dr. Z., Arzt, 46 J. alt, consultirte mich im August 1887 wegen eines Nervenleidens, das von einem hervorragenden Arzt für einen Tumor cerebri gehalten worden sei.

Pat. ist unbelastet, hat keine schweren Krankheiten überstanden, aber viel mit Sorgen zu kämpfen gehabt und sich in seiner bescheidenen Praxis viel geplagt.

Vor 7 Jahren (im 39. Lebensjahr) stellte sich ohne eruirbare Ursache ein Schwächegefühl in der r. Hand ein, wozu sich nach einigen Monaten Rigor der r. OE. gesellte. Vor 4 Jahren trat ein grosswelliger, vorwiegend in der Ruhe wahrzunehmender, langsam schlägiger Tremor in dieser Extremität hinzu, während Schwäche und Rigor sich steigerten.

Seit 3 Monaten, im Anschluss an Gemüthsbewegungen, hatten sich Rigor und Schwäche nebst Zittern auch in der r. UE. und seit 2 Monaten auch in der l. OE. hinzugesellt.

Der Stat. praes. ergab das klassische Bild einer P. agitans-Schwäche, erschwerte Anspruchsfähigkeit, Tremor der ergriffenen Extremitäten, beginnender Tremor capitis, erschwertes Umdrehen, abnorme Hitzegefühle, gesteigerte tiefe Reflexe.

Beob. 3. R., Marie, 40 J., Arbeiterfrau, aufg. 15. 6. 1892, stammt aus gesunder Familie, behauptet früher gesund gewesen zu sein. Sie hat hydrocephalen Schädel, hat 6 gesunde Kinder geboren, Anfang 1889 einen uncomplicirten Abortus durchgemacht. Grosser Blutverlust. Einige Wochen darnach begann Schwäche, dann Zittern in der l. OE., bald darauf auch der l. UE. Seit Anfang 1890 verspürt sie auch Schwäche und Zittern in r. OE.

Bei Aufnahme des Stat. praes. rüstige Frau, keine Spuren von Atherose. Linksseitige klassische Schüttellähmung, Tremor bei Intention vorübergehend ganz schwindend. Erhebliche Herabsetzung der groben Muskelkraft in den befallenen Extremitäten. Keine Rigidität. Anstreifen der l. UE. beim Gehen. Tiefe Reflexe an OE. und UE. sehr prompt. Behandlung erfolglos.

Im Sommer 1892 stellt sich Rigor ein, beginnende typische Handstellung und Vorbeugung des Rumpfes. R. UE. noch intact.

Beob. 4. Dr. V., 43 J., Advokat, unbelastet, nie schwer krank gewesen, Vater von 5 gesunden Kindern, ist seit seinem 40. Jahre nervenleidend. Die bezüglichen Diagnosen lauten theils auf Neurasthenie, theils auf Sklerose des Halsmarks.

Den Anlass zur Erkrankung gab die Wasserkatastrophe von Szegedin, bei welcher Pat. schweren Gemüthsbewegungen und Verkühlung ausgesetzt gewesen war. Das Leiden begann mit Schwäche und Zittern der r. Hand und zeitweisem Versagen der Stimme, anfänglich nur anlässlich Emotion. Als ich Pat. nach über 3jähriger Dauer seines Leidens consultativ sah, constatirte ich an der r. Hand klassische Stellung derselben, groben, langsamen Schütteltremor, besonders in Ruhestellung, Abnahme der groben Muskelkraft, charakteristische Schreibstörung, fehlenden Rigor. An den anderen Extremitäten keine Functionsstörungen. Hirnnerven intact. Tiefe Reflexe sehr lebhaft.

Beob. 5. S., Marie, 39 J., ledig, unbelastet, hat keine schweren Krankheiten durchgemacht. Als Ursache ihres Leidens weiss sie nur Ueberanstrengung als Verkäuferin in einem feuchtkalten Local anzugeben.

In ihrem 36. Jahre begann Schüttellähmung in der l. Hand; mit 38 Jahren wurde die l. UE. ergriffen, vor $^3/_4$ Jahren stellte sich Rigor ein. Der Stat. praes. ergab charakteristischen Befund in l. OE. und UE., Rigor nur zeitweise. Das Zittern schwindet gänzlich bei Intention, die r. Körperhälfte und das Gesicht sind bisher intact. Die tiefen Reflexe sind erhöht. Keine Zeichen von Gefässerkrankung. Pat. ihrem Alter entsprechend gut conservirt.

Beob. 6. S. R., Private, 30 J., ledig, stammt von schwächlichen Eltern (Mutter lungenkrank, Vater viel an Cephalaea leidend). Eine Schwester leidet an Cephalaea, eine zweite ist hysterisch, 5 weitere Geschwister sind neuropathisch. Pat. war bis zum 20. Jahre nicht nervös, ganz gesund. Von da ab viel Familiensorgen und Kummer und wohl damit in Zusammenhang, nervöse Erregtheit und Cephalaea. 1891 Influenza. Seither sehr matt und nervös. 1892 beginnt Zittern und Schwäche, zuerst in l. Hand, dann l. Fuss.

Dazu nach einem halben Jahre Rigor und Schwäche der l. OE. Anfang 1895 beginnt Schwäche, Zittern, Rigor in r. Hand; im Sommer 1895 dasselbe im r. Bein. Seither „Ziehen“ nach vorwärts, in Schuss gerathen und Gefahr des Stürzens nach vorne, Hitzegefühl in Händen und Rücken.

Stat. 19. 11. 1895. Kleine, aber gut genährte Person, ohne vegetative Störungen. Gefässe zart. Beginnende typische Stellung der Hände und Arme. Verlangsamtes schwerfälliges Gehen, bei steifem und etwas am Boden scharrendem l. Bein. Rasche Körperbewegungen vermag Pat. nicht auszuführen. Typischer Schütteltremor der Finger und der Handgelenksmuskeln, l. ausgeprägter als r., bei Intention abnehmend, bei Emotion sich steigernd. Einzelbewegungen möglich, aber langsam, wenig kräftig, bes. links. Rigor in allen Gelenken, r. gering, l. sehr deutlich. Die tiefen Reflexe in den OE. sehr gesteigert.

In den UE. leichte Schwäche, gesteigerte tiefe Reflexe, beginnender Schütteltremor des l. Fusses. Sensibilität intact. Keine Stigmata hysteriae.

Beob. 7. Frau M., Kaufmannsfrau, 36 J., aus angeblich gesunder Familie, von schwereren Krankheiten verschont gewesen, gebar vor 3 Jahren Zwillinge, erholte sich nicht recht von dem übrigens uncomplicirten Puerperium und erkrankte, ohne dass eine Ursache in Gestalt von Trauma, Schreck, Erkältung u.s.w. nachgewiesen werden konnte, etwa 6 Wochen nach der Geburt an P. agitans. Das Leiden begann in der l. OE. mit Tremor, Schwäche, wozu sich bald Rigor hinzugesellte. Nach Jahresfrist wurde die l. UE. ergriffen, vor 8 Monaten die r. OE. Pat. bietet das klassische Bild der Krankheit, typische Körperhaltung und Handstellung, anstreifenden, trippelnden Gang, Propulsion, gesteigerten Patellarreflex, quälende Hitzegefühle.

II.

UEBER DAEMMER- UND TRAUMZUSTAENDE.

Erster Aufsatz [1]
(1875).

Zu den bestgekannten Neurosen zählt ohne Zweifel die Epilepsie. Die neuere Wissenschaft hat als Substitutionen und Aequivalente des klassischen convulsiven Anfalls eine Reihe von theils motorischen theils vasomotorischen und psychischen Symptomencomplexen ermittelt, die Monate, selbst viele Jahre hindurch, die Stelle des in tonisch-clonischen allgemeinen Krämpfen mit Bewusstlosigkeit sich äussernden gewöhnlichen epileptischen Insults vertreten, die Krankheit larviren können.

Den Bemühungen französischer Collegen, namentlich Falret und Morel verdanken wir eine ziemlich genaue Kenntniss der „psychischen" Epilepsie, soweit sie sich in den Formen des petit und des grand mal bewegt. Dass damit die Reihe der psychischen Symptomencomplexe im Gebiet der epileptischen Neurose nicht abgeschlossen ist, lehren die Erfahrungen, welche Griesinger im I. Band des Archivs f. Psychiatrie 1868 niedergelegt hat. Er spricht von epileptoiden Zuständen, insofern in seinen Beobachtungen ausgesprochene epileptische Anfälle zwar fehlen, an deren Stelle aber kürzere oder längere Schwindel-, Traumzustände oder plötzliche Angstanfälle sich vorfinden. „Die von solchen Zuständen Befallenen haben als Kinder oft Krämpfe mit Verlust des Bewusstseins gehabt oder einmal eine Kopfverletzung erlitten."

Intervalläre Zustände, die psychischerseits in Abspannung, Verstimmung, Befangenheit, Aengstlichkeit, oft bei ganz unbedeutenden Handlungen, bestehen, motorisch sich in leichten Zuckungen der

1) Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie XXXIII. Heft 2.

Hände, um den Mund, in den Bulbis, Nackenstarre etc. äussern, anderweitige nervöse, wahrscheinlich vasomotorische Erscheinungen wie Kälte der Füsse, plötzliche Röthe des Gesichts, schnell ausbrechende starke Schweisse deuten nach Gr. mit Bestimmtheit auf eine zu Grunde liegende centrale, wahrscheinlich epileptische Neurose.

Beachtenswerthe weitere Bestrebungen das Gebiet der psychischen Epilepsie zu klären und zu erweitern sind in neuester Zeit von der société médico-psychologique (des transformations épileptiques Annal. méd. psych. 1873) und von Samt im Archiv f. Psychiatrie ausgegangen. Sie legen die Vermuthung nahe, dass so manches psychische Krankheitsbild klinisch unverständlich ist, weil seine neurotische, wahrscheinlich epileptische Basis noch nicht klar zu Tage liegt. Ich erlaube mir unter diesen Gesichtspunkten die Aufmerksamkeit auf 3 in jüngster Zeit von mir beobachtete Epileptiker zu lenken, deren psychische transitorische Störungen keineswegs dem Bild des petit oder grand mal, der „mania epileptica“ entsprechen, sondern theils als Dämmerzustände mit Zwangsvorstellungen und impulsiven Handlungen, theils als Traumzustände bezeichnet werden müssen und zur Erweiterung unserer Kenntnisse von den mannichfachen psychischen Substitutionen, Aequivalenten und Complicationen der Epilepsie beitragen dürften.

Beob. 1.[1]) Holl, 22 J., Lithograph, stammt von einer mit Migräne behafteten Mutter. Eine Schwester ist epileptisch, ein Bruder durch progeneen Schädel auffällig.

Pat. war als Kind schwächlich, litt an Convulsionen, entwickelte sich langsam, lernte schwer. Mit 13 J. Trauma capitis mit Bewusstlosigkeit. Seit den Knabenjahren Hang zur Romantik und Phantasterei. Er las mit Vorliebe Romane, Rittergeschichten, konnte oft kaum mehr Lektüre und Wirklichkeit auseinanderhalten. Er erlebte oft bei der Arbeit plötzlich romantische Scenen wieder, die er gelesen oder auf dem Theater gesehen hatte, wurde dadurch ganz zerstreut, zu seinem Beruf kaum mehr brauchbar. Mit dem Eintritt in die Pubertätsjahre ergab sich Pat. der Onanie, der er bis auf die jüngste Zeit fröhnte. Von Kindheit auf nervös sehr erregbar, erschrak er 1869 heftig über einen Hund, der ihn ins Bein biss. Er fühlte sich noch längere Zeit nach diesem Vorfall nervös sehr aufgeregt. Auch den Wein ertrug er seitdem nicht mehr. Liess er sich zum Genuss von nur 2 Seidel Wein verführen, so bekam er heftige Angst, tonische Krämpfe in den Extremitäten, Brausen im Kopf und Athemnoth. Seit

1) Ergänzt aus des Verf. Lehrbuch der Psychiatrie und handschriftlichen Notizen.

3 Jahren zeigten sich in unregelmässigen Zwischenräumen von mehreren Monaten Anfälle von Umstürzen, mit minutenlanger Bewusstlosigkeit, aus der er mit einem heftigen Weinkrampf dann wieder zu sich kam. Ein auraartiges Kältegefühl, das blitzschnell von den Füssen zum Kopf aufstieg, leitete sie jeweils ein. Seit 3 Jahren zeigten sich in unregelmässigen mehrmonatlichen Intervallen Zustände, die Pat. als „besinnungslose" beschreibt. Er könne während derselben nicht denken, sei ganz confus und bewahre für das während ihrer Dauer Vorgekommene eine nur ganz summarische Erinnerung. Als Vorläufer solcher Zustände: Visionen feindlicher drohender Gestalten, übler Geruch, wie nach Schwefel, und dumpfes Getöse in den Ohren.

In den letzten Jahren war Pat. ausserdem zeitweise von einer eigenthümlichen Bewusstseinsstörung befallen, in welcher er theils im Sinn seiner romanhaften „hereingeschneiten" Gedanken handelte, theils ganz impulsive, durch nichts motivirte Handlungen verrichtete, deren er erst mitten in der Ausführung zu seinem Aerger und Kummer bewusst wurde. So begegnete es ihm, dass er, mitten in der Nacht vom Drang erfasst, spazieren zu gehen, planlos umherlief. Einmal kam ihm, während er eine Commission besorgte, der ganz unmotivirte Gedanke, nach Leoben zu fahren. Er führte ihn sofort aus, erwachte am folgenden Morgen zu seinem Erstaunen in L., begriff seinen dummen, ihm unerklärlichen Streich nicht und kehrte beschämt mit erborgtem Gelde heim. Aehnliche Irrfahrten machte er nach Marburg, Fürstenfeld etc.

Einen tiefen Eindruck machte auf Pat. der deutsch-französische Krieg. Er schwelgte in der Zeitungslektüre der Siegesthaten des deutschen Heeres, berauschte sich dabei oft mit der Idee selbst ein Held zu sein, Soldat und dann Kaiser zu werden. Oft trug er sich auch mit dem Gedanken, Fürst zu werden, ein Königreich zu gründen, Schlachten zu schlagen, eine schöne Braut zu erobern.

In den letzten Jahren begegnete es ihm wiederholt, etwa 1—2 mal jährlich und während der Dauer von 5—6 Wochen, dass er ganz in diesen phantastischen, von ihm selbst als „hereingeschneite" bezeichneten Gedanken aufging, in einem eigenthümlichen, dämmerhaften Bewusstseinszustand all das für wahr hielt, was er bisher nur als Spiel der Phantasie betrachtet hatte. Hellte sich dann auch wohl das Bewusstsein auf Stunden auf, so genügte das einfache Nachdenken über seine romantischen Ideen, um sofort wieder die Phantasiewelt zur scheinbaren Wirklichkeit zu gestalten. Er hielt sich dann für einen König, für einen Feldherrn und leitete Schlachten. Ganz plötzlich kam ihm dann wieder die Einsicht in das Unsinnige seiner Projekte,

und dass er nur geträumt habe. Nach solchen Anfällen fühlte er sich längere Zeit matt, geistig erschöpft. Die Erinnerung für diese Traumwelt war nur eine ganz summarische.

Im Laufe des Herbstes 1874 bemerkte Pat. Sehstörungen auf beiden Augen, die sich unter Stirnkopfschmerz und Brennen in den Augenhöhlen steigerten, ihn arbeitsunfähig machten und Anfang Januar 75 ins Spital führten. Der Aufenthalt dort war ihm unsympathisch, der Anblick Kranker machte ihn oft am ganzen Leib zittern, auch er sei von allerlei Schreckbildern Nachts verfolgt gewesen. Am 18. 3. 75 Abends fing der bisher psychisch ganz freie Pat. plötzlich an zu schreien: „Ich bin der König Stuart. Gebt mir ein Schwert und die Leiche meiner Mutter.“ Er delirirte, tobte, bekam eine Morphiuminjection von 0,04, wurde ruhig und kam aus einem Dämmerzustand am 19. Morgens wieder zu sich. Er erinnert sich nur, dass er, als er am 18. Abends sich zu Bette legte, plötzlich von Gestalten umwogt war, schreckliches Getöse hörte und schwindlig wurde. In den folgenden Tagen war Pat. ganz lucid, aber leicht benommen und klagte über Kopfweh. Am 29. März wird Pat. plötzlich ängstlich, blass, schwindlich, stürzt krampfhaft nach Luft schnappend, bewusstlos zusammen, bleibt so, ohne dass Convulsionen auftreten, 10 Minuten. Von da ab bis zum Mai treten fast täglich mehrere Anfälle von Delirium auf, das ganz stereotyp ist. Gewöhnlich beginnen diese Anfälle mit Schlachtengetümmel. Pat. ruft nach seinem Schwert, stürzt sich als Feldherr an der Spitze seiner Schaaren auf den Feind, haut und sticht wüthend um sich, feuert die Seinigen zum Kampf an. Er führt sie zum Sieg, darauf Te deum und Siegesmarsch, den Pat. theils trommelt, theils singt. Dann folgt ein Festbankett mit Toasten, Proklamirung als Herzog, Vertheilung der Kriegsdecorationen, Ansprache an das Heer, Gedenkfeier der Gefallenen, tröstender Zuspruch an die Hinterbliebenen, worauf Seine Hoheit mit der fürstlichen Braut sich ins Hochzeitsgemach zurückzieht und einschläft. Zuweilen folgt noch ein Nachspiel, indem er die Reize und Tugenden seiner Erkorenen mit dithyrambischer Begeisterung und schwülstigem Pathos preist.

Die sonst mittelweiten Pupillen sind im Anfall ad maximum erweitert, Kopf und Extremitäten kühl, Puls sonst 60, auf 100 gesteigert, sehr klein und celer. Schmerz- und Tasteindrücke werden appercipirt, krampfhafte Erscheinungen nicht beobachtet. Amylnitrit ergibt prompte Reaction, hat aber auf den Verlauf des Anfalls keinen Einfluss. Dagegen wirken Morphiuminjectionen, wenn im Beginn gemacht, zu 0,01—0,02 coupirend. Die Anfälle, welche bis zu einigen Stunden dauern, kommen plötzlich, unregelmässig. Veranlassung sind Lärm,

Schüsse u. dgl., namentlich aber Selbsthingabe des Pat. an seine romantischen Ideen, die dann sofort sich zur Intensität von Hallucinationen steigern und ihn mit einem Schlag in die Traumwelt versetzen. Pat. vermeidet es deshalb thunlichst, von seinen „Ideen" zu sprechen, da er sonst gleich wieder in seinen Zustand hineingerathe. Für das im Anfall Delirirte und Geschehene besteht zuweilen gar keine, meist eine nur ganz summarische Erinnerung. Pat. ist nach demselben leicht stuporös, das Bewusstsein etwas getrübt, er ist sehr reizbar, klagt über Schwindel, Kopfweh, eingenommenen Kopf. Folgt der nächste Anfall schon nach Stunden, so hellt sich das Bewusstsein in der Zwischenzeit nicht völlig auf.

In der intervallären Zeit ist Pat. sonst lucid, aber träumerisch seinen romantischen Gedanken nachhängend, reizbar, von nächtlichen ängstlichen Träumen geplagt. Er klagt öfter über Kopfweh, und dass er sich von der Phantasiewelt nicht emancipiren könne.

Vom 24. März an wurden täglich 6 g Bromkali gereicht und allmählig auf 14,0 gestiegen. Ein deutlicher Erfolg war nicht zu constatiren. Ende Mai wurden die deliranten Anfälle seltener. Am 6. Juni, nach einem solchen Anfall und nachdem Pat. schon ganz lucid erschien, wurde er plötzlich sehr schmerzlich verstimmt, drängte stürmisch fort, drohte alles zusammenzuschlagen. Das Bewusstsein war tief gestört, die Miene ganz entstellt. Rasch nach einander erfolgten zwei Selbstmordversuche. Am 11. Juni war dieser acute Depressionszustand ganz plötzlich vorüber. Pat. wusste von allem Vorgefallenen nicht das Mindeste. Bis zum 12. Juli blieb Pat. frei von seinen Anfällen und, bis auf Kopfweh und Hingabe an seine Träumereien, ziemlich wohl und lucid.

Am genannten Tage traten neuralgische Sensationen in der linken Temporalgegend, zu denen sich schreckhafte Hallucinationen (Sehen von Todten, Ueberfall durch Räuber, Zerdrücktwerden von Maschinen) gesellten, auf. Sie hatten die Bedeutung der Aura eines Anfalls, in welchem Pat. den Arzt für einen Erzherzog, sich selbst für einen Fürsten hielt und sein Heer wieder commandirte.

Wiederholt wurde dieses Delirium von krampfartig stossenden Bewegungen mit den Armen und seitlichen Zuckungen des Kopfes unterbrochen. Nach einer halben Stunde war dieser abortive Anfall vorüber. Pat. war sich hinterher desselben nicht bewusst.

Damit war der Anfallscyclus für diesmal abgeschlossen. Pat. war in der Folge ganz lucid, erklärte zu seiner Freude, dass er nun ganz frei von dem lästigen Kopfweh und den dummen romantischen Ideen sei. Bis Mitte November 1875 wurde nichts Auffälliges an H. mehr

bemerkt. Am 15. November stellte sich Kopfweh und Störung des Schlafs ein. Am 17. Abends dachte er ans Theater. Mit einem Mal sah er die Bühne vor sich, die Scene kam auf ihn zu, er fühlte sich plötzlich als König auf einem Pferd mitten im Walde. Da feuerte man einen Schuss auf ihn ab, er stürzte getroffen vom Pferd und der Vorhang fiel. Sofort sah er sich wieder in die reale Welt zurückversetzt.

In der Nacht vom 17./18. stand er auf, kroch längs der Wand des Zimmers fort, sah dabei ganz verstört aus, stürzte plötzlich um, blieb ½ Stunde bewusstlos ohne krampfhafte Erscheinungen und schlief dann ein. Amnesie für das Vorgefallene.

Am 18. November Nachmittags Traumzustand von 3 Stunden mit Delir von Theater, König etc. inhaltlich ganz dem vom 17. entsprechend. Pat. hat für diesen Anfall nur summarische Erinnerung, er weiss, dass derselbe sich mit Sausen in den Ohren und Kopfweh einleitete, dass er sich dann in Spanien, Paris etc. glaubte.

Am 23. November Nachmittags blickt Pat. plötzlich starr vor sich hin. Das Gesicht hat eine maskenartige Starre, die Wangen sind rosig injicirt. Die Hyperämie verbreitet sich über Nacken und Schultern bis zur Höhe des 8. Brustwirbels. Mechanische Insulte auf der Haut im Bereich dieser Hautparthien rufen, soweit der Insult reicht, eine lebhafte Röthe hervor, die erst nach längerer Zeit wieder schwindet. An den Extremitäten lässt sich diese Hyperämie nicht hervorrufen. Puls 90, äusserst voll, weich. Pat. ist bewusstlos und fängt mit grossem Pathos an zu peroriren: „Katharina von Schottland haben Sie Ihre Reisigen schon beisammen? Wir lassen sie ziehen Sammeln Sie Ihre Häuflein! Katharina, meine Gemahlin! Ziehen wir vereint an unserem Vermählungstage, wenn auch wir am Tage grössten Glückes dasselbe zu geniessen verzichten müssen! Wer wagt das Königsblut zu vergiessen? Sammelt euch! Es ist traurig, gestört zu werden am schönsten Tage. Die Klingen sollen klirren, die Kanonen donnern, die Trompeten sollen fanfaren, es sollen umfallen die Stadtmauern! Volk! weiche nicht, es ist dein König hier, Karl von Bourbon steht dir zur Seite. Lassen Sie die Eingänge besetzen, sofort! Dort auf die Hügel pflanzen Sie die Kanonen! Volk! Alles soll Te deum singen und sobald ihr des Feindes ansichtig werdet, blickt gegen Himmel! Liebes Volk! Stehe treu zu deinem König: Katharina, umgürte dein Schwert, vertheidige auch du das Recht deines Landes, Glück und Segen über unser Volk! . . . . Lassen Sie vorrücken, die Kanonen donnern . . . es steht schlimm, er hat seinen Banditenkönig von Castiglione, Don Carlos soll sich ergeben, lebend oder todt, bringt

ihn um! .... Vorwärts, vorwärts, (Pat. haut mit einem Stuhl auf die Umgebung ein), Katharina von Schottland lebt für euch ... Habt ihr ihn noch nicht eingeholt den Meuchelmörder? Mein Volk soll dir nicht zum Opfer fallen! Wie sie kämpfen! Gottes Segen über euch! Reichlich soll euch euer Blut vergolten werden. Noch bin ich nicht verwundet, Katharina, dein Herz verdient Lorbeerkränze!" An dieses Delir reihte sich ein stuporöser Zustand. Die Nacht vom 23./24. schlief Pat. gut. Am 24. Morgens noch dämmerhafte Existenz. Amnesie für den Anfall. Puls 72. Arterie wieder contrahirt.

Bis zum 18. 1. 1876 ist Pat. bis auf zeitweiliges Kopfweh und Nasenbluten wohl.

Am 18. Nachmittags starres Nachobenschauen. Zu Bett gebracht Dämmerzustand von 1—5 Uhr. Kein Delir ausser die abgerissene Aeusserung: „Meine Leiche kommt nach Mailand."

Am 19. Abends stürzt Pat. plötzlich bewusstlos um, liegt dann $^3/_4$ Stunden regungslos da, mit starr nach oben gerichteten Augen und erschlafften Gliedern. Puls kein, Arterie contrahirt. Plötzlich bricht Delirium aus, das sich um Tod der Feinde, Sieg, Vermählung dreht und etwa 1 Stunde dauert. Dabei ergiesst sich wieder eine Röthe über Gesicht, Ohren, Nacken, Brust, Rücken bis zur Höhe des 8. Brustwirbels. Der Puls wird voll, 88. Die Stirn ist mit Schweiss bedeckt. An das Delirium reiht sich ein Dämmerzustand mit Angst und Visionen schrecklicher Gestalten. Darauf mehrstündiger Schlaf. Pat. erinnert sich nur, dass er bei Beginn des Anfalls drohende Gestalten sah, die seine Leiche verlangten. Er wehrte sich, sagte, er sei ja nicht todt. Darauf fingen sie an zusammenzuläuten, es schossen glühende Kugeln aus der Mauer. Nun kam man ihm zu Hilfe. Es entspann sich ein Kampf. Was weiter mit ihm vorgegangen, weiss er nicht. Vom 20. an bis zum 18. März frei von Anfällen, bis auf zeitweises Kopfweh wohl.

Pat. ist mittelgross, kräftig gebaut, ziemlich gut genährt. Der Schädel geräumig. Die Augenhöhlenbogen bilden mächtige Wülste. Nase nach rechts abweichend. Gaumenmittelnaht limbös und kielförmig vorstehend. Das linke Auge weicht nach links von der Sehlinie ab. An den unteren Lidern finden sich häufig fibrilläre Zuckungen. Kranzförmig rund um die Papille an homologen Stellen und in gleicher Ausdehnung findet sich auf beiden Augen ein atrophirender Process in der Chorioidea. Der übrige Augenhintergrund, besonders die Macula lutea ist intact. Häufig wird Nystagmus bemerkt. Da die Anfälle nicht wiederkehrten, wurde Pat. im Juli 1876 entlassen. In der Folge ist er reizbar, nervös, ab und zu dämmerhaft, mit Anfällen von

Temporalschmerz; gelegentlich durch 2 Tage „Zungenlähmung“, d. h. Sprachlosigkeit. Anfang Sept. 1876 befielen ihn wieder die romantischen expansiven Ideen. Es kam ihm vor, er müsse ein Schriftsteller oder Erfinder werden. Bald war es ihm, er sei schon ein solcher, müsse seine Arbeiten in Wien einreichen. Auf der Strasse sah er die Leute in Festkleidern. Vorkommende Festlichkeiten glaubte er auf sich beziehen zu müssen. Er dämmerte wieder herum, hörte oft „Evviva“ hinter sich rufen, gelegentlich auch „weg mit ihm“. Oefters kamen Angstgefühle mit der quälenden Idee, umgebracht zu werden. Anfang October schickte ihn der Vater in Geschäftsangelegenheiten mit 40 fl. Reisegeld nach Untersteier. Unterwegs gerieth er in überschwängliche Politikideen. Es kam ihm vor, er sei berufen, am serbisch-türkischen Krieg theilzunehmen, die Conferenz in Berlin zu besuchen. Er fühlte sich nun in der Rolle eines Gesandten, der die Länder inspicire, dämmerte planlos herum, verirrte sich in Wäldern, gerieth nach Ungarn. Dort (Ende November) kam ein episodisches, schreckhaftes Delir, das er in einem Gasthaus durchmachte. Unter heftigem Kopfschmerz wurde er sehr ängstlich, sah sich von Leichen umgeben, hörte Rufe und Sturmläuten. Nach drei Tagen dämmerte er weiter, wurde in einem „Ohnmachtsanfall“ an der Bahn betroffen, bekam von mitleidigen Fremden eine Karte nach Graz gelöst, fuhr dorthin, erkannte aber bei der Ankunft die Heimath nicht, fuhr planlos fort nach Obersteier. Dort recrudescirte das schreckhafte Delir. Es war ihm 2 Tage ganz finster vor den Augen, er hörte schrecklichen Kanonendonner, sah wilde Thiere, verstand die Sprache der Leute nicht, glaubte sich in Australien oder sonstwo. Dann kamen Ideen, der Kanonendonner sei ihm zu Ehren, er sei eine hochgestellte Persönlichkeit und bereise das Land. Er fuhr wieder mit der Bahn gegen Graz. Als er dort ankam, donnerten die Kanonen, alle Glocken läuteten. Er hörte Stimmen, er solle nur aushalten, es werde zum Guten führen. Einige Stunden später, in Marburg, am 28. 12. kam er aus dem seit Anfang October bestandenen Anfall zu sich, mit summarischer Erinnerung an seinen Dämmerzustand, mit wirrem Kopf, leerer Börse und tiefem Schmerz über das ihm Begegnete.

Am 30. 12. 1876 wieder in der Klinik aufgenommen, bot er, ausser schlechtem Schlaf, moroser, reizbarer Stimmung, zeitweisen Geruchsempfindungen nach gebrannten Kräutern, nichts Besonderes, so dass seinem Verlangen nach Entlassung bald wieder Folge gegeben wurde.

Am 6. 6. 1879 neue Aufnahme. Bis Dec. 1878 war nichts Besonderes ihm passirt. Im Januar 1879 war er in einem Dämmerzustand nach Ungarn gerathen, hatte dort episodisch ein schreckhaftes halluc.

Delir durchgemacht, war aber schon nach einigen Tagen wieder heimgekehrt. Einige Wochen später, auf einer intendirten Geschäftsreise, neue Irrfahrt, wobei Pat. fast im Schnee stecken geblieben und erfroren wäre, jedoch mit Verlust seines Gepäcks glücklich wieder heimkam.

Am 2. 3. 1879 verschwand Pat. von Hause und kehrte erst am 3. 6. aus Wien zurück. Pat. weiss kein Motiv für seine Reise nach Wien und hat nur summarische Erinnerung für seinen Aufenthalt dort. Er hat dort herumgedämmert und geschwindelt, bald nach der Ankunft und einmal Ende April ein mehrtägiges, schreckhaftes, hallucinatorisches, episodisches Delir durchgemacht. Ausserdem weiss er, dass er sich für einen grossen Herrn hielt, gelegentlich mit dem Gedanken trug, nach Petersburg zu gehen, um dort Ordnung zu machen, sich für einen bedeutenden Schriftsteller hielt und Romane schrieb. In seinem schreckhaften Delir sah er blutende Leichen, den Plafond zusammenstürzen. Er hörte furchtbares Getöse, Geprassel von Flintenschüssen; Kanonenkugeln prallten an den Mauern auf. Dann hörte er das Anschlagen der Wogen, glaubte sich auf einem Schiff, man schoss auf ihn, Flammen leckten um ihn u. s. w.

Am 6. 6. 1879 sollte Pat. wegen einer Betrugsaffaire verhaftet werden. Er gerieth in heftigen Affect, ergriff ein Messer, das auf dem Tisch lag, wollte sich den Hals abschneiden, den Sicherheitsbeamten erstechen. Man entrang ihm das Messer, er gerieth in Wuth, dann in Delir, rief seine Husaren herbei, lieferte eine Schlacht gegen seine Feinde und wurde noch in vollem Schlachtendelir im Spital aufgenommen. Am 7. 6. war er ausser Delir, aber noch dämmerhaft, klagte über heftigen Kopfschmerz, hatte summarische Erinnerung, behauptete, es sei eine ganze Schwadron auf ihn eingestürmt. Wie er hierher gekommen, wisse er nicht. Er steht noch unter dem Eindruck, eine bedeutende Persönlichkeit, eine Art Feldherr zu sein, vergleicht sich mit dem König Philipp von Macedonien, der auch klein angefangen habe.

Am 11. 6. löst sich der Dämmerzustand. Pat. hat in der Folge schwere Träume von Feuer, Zerdrücktwerden zwischen Maschinen u. s. w., ist nach wie vor nervös, reizbar, aber andauernd lucid, und wird nach mehrmonatlicher Beobachtung wieder einmal entlassen.

Am 18. 4. 1881 neue Aufnahme auf der Klinik. Pat. war in Bruck ausweislos, in dämmerhafter Verfassung aufgegriffen, und im Gemeindearrest „tobend“ geworden. Er ging erschöpft, dämmerhaft zu, blieb so bis Anfang Mai und gab im Stat. retropectivus an, er sei am 12. 4. 1881 von Graz fort, habe zur Vermählung des Kron-

prinzen nach Wien gewollt, sei nach Kreuz- und Querzügen nach Bruck gerathen, wo er einen „Ohnmachtsanfall“ erlitten habe. Amnesie für den Dämmerzustand. Entlassen am 31. 5. 1881.

In der Folge reiste Pat. für das Geschäft seines Vaters. Er kam wiederholt wieder in seinen expansiven Ideenkreis hinein. Einfache Zeitungslektüre genügte dazu. Als er eines Tages las, der Kronprinz von Portugal werbe um die Hand der Prinzessin V., erblickte er in ihm einen Rivalen, meinte ihn durch Heldenthaten aus dem Feld schlagen zu müssen. Sofort fühlte er sich als Heerführer, glaubte sich in China, befehligte im Feldzug von Tonking. Diese Phantasie dauerte bis zur Ankunft des Königs von Spanien in Wien, der eine neue Situation herbeiführte. Pat. wurde Retter des Königs aus einer Lebensgefahr, von diesem in Gegenwart einer grossen Volksmenge decorirt. In solchem romantischem Gedankenkreise bewegte er sich wochenlang, zeitweise ganz dämmerhaft, aber doch leidlich im Stande, in der realen Welt sich zurechtzufinden und seine Geschäfte zu besorgen.

Episodisch, wahrscheinlich im Zusammenhang mit im Sommer 1883 wieder häufiger auftretenden „Ohnmachtszuständen“ und Schwindelanfällen mit Angst, kamen auch Gedanken an Gift, Lebensbedrohung, im Zusammenhang mit Geschmacks- und Geruchshallucinationen. Er dachte sich, man wolle ihn wegen seiner Krankheit aus der Welt schaffen, jedoch corrigirte er immer wieder diese Verfolgungsideen. Masturbation hatte er angeblich seit geraumer Zeit nach Lektüre eines populären Buches aufgegeben und in natürlicher Weise seine sexuellen Bedürfnisse befriedigt.

Unmotivirte Reisen im Dämmerzustand waren im Lauf von 1882 und 1883 öfter vorgekommen, besonders solche nach Ungarn. Einige Male, das letzte Mal im Sommer 1883 war er unter ascendirendem Hitzegefühl von den Beinen herauf bewusstlos zusammengestürzt. Erschrecken vor Hunden genügte, um solche Anfälle zu provociren. Nachts war er häufig ängstlich und sah sich im Halbtraume unter Leichen.

Am 25. 10. 1883, nach einem Aerger, bekam Pat. einen Anfall von l. temporaler Neuralgie, der einen deliranten Zustand auslöste. Auf die Klinik gebracht, predigte er wie ein Priester, sprach von der Erlösung der Welt durch ihn, von Macedoniens schönen Gefilden. Er gerieth immer mehr in Ekstase, hielt sich für Philipp von Macedonien „ich ziehe mein blutendes Schwert als Ph. v. M. Gott gebe meinem Volke den Frieden! Mein Leichnam ruhe im Dom!“ Pat. führt noch eine Weile Schlachten auf, wird ruhig, schläft ein, erwacht am 26. 10. früh lucid, amnestisch für alles Vorgefallene und klagt noch neuralgische Beschwerden.

In der Folge ist Pat. geordnet, schläft schlecht, hat Halbträume von Verirrung im Walde, Duellen, Friedhofsituationen. Wenn er dann zu sich kommt, sieht er öfter eine Gestalt dahinhuschen. Bei Tag versichert Pat., dass er Widerstandskraft genug habe, um seine ausschweifende Phantasie einzudämmen. Er vertreibt sich die Zeit mit Niederschreiben seiner Autobiographie.

Am 26. 11. soll Pat. in einer gerichtlichen Angelegenheit vom Untersuchungsrichter einvernommen werden. Kaum, dass er diesem vorgeführt ist, wird er blass, aufgeregt, verwirrt, aggressiv, bekommt einen epileptischen Anfall (tonisch-klonischer Krampf von sehr kurzer Dauer) an den sich ein deliranter Zustand sofort anreiht, in welchem er sich als Napoleon I. gerirt.

„Helena ist die Losung, der Held von St. Helena lebt" etc.

In diesem deliranten Traumzustand, der mehrere Stunden dauert, reagirt Pat. auf keine Reize der Aussenwelt. Endlich wird er ruhig, schläft ein und erwacht am anderen Morgen lucid, amnestisch für Alles, auch für die Gegenwart des Untersuchungsrichters.

Pat. bietet in der Folge nichts Bemerkenswerthes und wird am 25. 2. 1884 neuerdings entlassen.

Am 10. 6. 1884 neue Aufnahme. H. war wegen Betrug verhaftet worden, hatte einen Selbstmordversuch durch Erhängen gemacht und ging einige Stunden nach diesem in einem stuporartigen Zustand auf der Klinik zu.

Nach einigen Stunden kam er zu sich, wusste nichts von allem Vorgefallenen. Er erzählte, dass ihm in den letzten Monaten wieder allerlei Unliebsames durch seine romantischen Ideen passirt sei, so habe er z. B. als imaginärer Fürst seine Börse im Stadtpark verschenkt, um vermeintlich ihm gehörende Güter zu besichtigen, ganz unsinnige Fiakerfahrten in der Umgebung von Graz gemacht. Dabei hatte er auch anfallsartige Zustände mit Amnesie, förmliche Gedächtnisslücken, in deren Raum ganz unbewusste Handlungen fielen.

Unter seinen traumhaften Ideen habe sich neulich oft die eingestellt, schon vor 1000 Jahren gelebt zu haben.

In der Beobachtung bleibt er lucid, aber moros, reizbar, anspruchsvoll, von grossem Selbstgefühl.

Am 12. 1. 1885 wird H. wieder aus der Irrenanstalt entlassen und im Siechenhause aufgenommen. Eine Betrugsaffaire (s. u.) brachte ihn vor das Strafgericht, wo ich im Januar 1886 ihn zu beobachten und zu begutachten hatte.

PATHOLOGICAL

Der Inhalt des Gutachtens ist folgender:

Ergebnisse der Acten.

Karl H., 32 J. alt, ledig, ist seit dem Jahre 1874 gerichtsbekannt. Er hatte damals Landboten geprellt, indem er ihnen Schachteln mit werthlosem Inhalt zur Bestellung übergab und sich dafür Vorschüsse geben liess. Er wurde damals (30. 12. 1874) wegen dieser betrügerischen Handlungen mit 2 Monaten Kerker bestraft.

Analoge Gaunereien mit werthlosen Paketen, auf die er sich Geld auszahlen liess, fielen 1874 H. zur Last, der sie auch eingestand.

Anfang 1875 wurde H. zum erstenmal im allgemeinen Krankenhause in Graz aufgenommen. Die Beobachtung ergab die bestimmten Symptome einer schon 3 Jahre früher aufgetretenen epileptischen Geistesstörung neben Erscheinungen einer bis auf die Kinderjahre zurückreichenden wohl erblichen Belastung.

Das epileptische Irresein äusserte sich in unregelmässig wiederkehrenden, kaum von der luciden Zeit abgränzbaren Traum- und Dämmerzuständen, in welchen der Kranke im Sinne romanhafter Ideen traumhaft handelt, der Wirklichkeit grossentheils entrückt ist, gleichwohl aber noch im Stande ist, sehr combinirte Handlungen, z. B. Reisen auszuführen.

Nur selten zeigen sich epileptische Anfälle, noch seltener impulsive Acte, z. B. zu Selbstmord, postepileptische Delirien u. dgl.

Am 25. 4. 1876 wurde H. zum erstenmal gerichtsärztlich explorirt, nachdem die Direction der Landesirrenanstalt seine Vernehmungsfähigkeit erklärt hatte.

Die gerichtsärztliche Exploration ergab epileptisches Irresein. Das Gutachten (vom 17. 5. 1876) konnte die Krankheit schon zur Zeit der incrim. Handlungen erweisen und ein Lucid. intervallum nicht nachweisen. Damit ging H. straflos aus.

Im Juli 1876 aus der Irrenanstalt gebessert entlassen, wurde H. 1879 neuerdings criminell durch betrügerische Handlungen. Er hatte nämlich werthlose Colli versendet und in der Zeit vom 23. 1. bis Ende Februar 1879 einem gew. H. die über diese Colli entstandenen 23 Recepisse im angeblichen Nachnahmewerth von 990 fl. um 378 fl. verkauft. Als H. wegen dieses Betrugs verhaftet werden sollte, war er nicht aufzufinden. Er war ohne rechtes Motiv, vermuthlich in einem neuen epileptischen Dämmerzustand nach Wien gefahren und erst am 3. 6. 1879 wieder nach Graz zurückgekehrt. Als er am 6. 6. verhaftet werden sollte, gerieth er in einen psychischen Ausnahmszustand, versuchte sich den Hals abzuschneiden und den verhaftenden Wachmann zu erstechen. Da dieser Affectzustand unmittelbar in einen epileptisch deliranten überging, wurde H. auf das Beobachtungszimmer gesendet und da seine geistige Störung fortdauerte, am 16. 6. nach der Irrenanstalt transferirt.

Am 6. 9. 1879 gaben die Gerichtsärzte ihr Gutachten dahin ab, dass H. an epileptischem Irrsinn leide, keine sicheren Lucida intervalla biete und einer dauernden Internirung in einer Irrenanstalt bedürfe.

Am 10. 9. 1879 wurde das Verfahren gegen H. eingestellt und am 26. 9. 1879 über denselben die Curatel verhängt.

Am 17. 1. 1880 wurde H. in gebessertem Zustand aus der Irrenanstalt entnommen, am 28. 4. 1881 neuerdings derselben zugeführt, da er in epileptischem Dämmerzustand von der Sicherheitsbehörde aufgefunden worden war.

Am 31. 5. 1881 wurde H. aus der Irrenanstalt genesen entlassen.

Er betrog nun einen gewissen Sch. mit gefälschten Pfandbriefen. Als diese Affaire aufkam und man auf H. fahndete (Juli 1881) bekam er epileptische Anfälle, erschien, als er am 20. 8. 1881 vernommen werden sollte, geistig gestört, so dass von der Vernehmung Abstand genommen werden musste.

1883 sendet H. einer Frau R. in Graz eine angebliche Nachnahmesendung Pretiosen zu. Bei der Oeffnung des Kistchens finden sich statt Pretiosen Ziegelsteine vor. H. hatte die Sendung unter dem fingirten Namen „Josef Stemmer“ gemacht.

Am 25. 10. 1883 wurde H. neuerdings der Beobachtungsabtheilung übergeben. Er bot epileptische Dämmer- und Traumzustände, war auch in der Zwischenzeit von gelegentlichen Grössen- und Verfolgungsideen, Geschmacks-, Geruchshallucinationen und Gesichtsillusionen heimgesucht.

Gelegentlich eines Besuchs des Untersuchungsrichters wird er blass, aufgeregt, will auf den Richter losgehen, sodass dieser sich zurückziehen muss. Gleich darauf bekommt H. einen epileptischen Anfall mit postepil. Delir, in welchem er, ganz wie in früheren Zuständen, in tiefem Traumzustand ist, sich für eine berühmte Persönlichkeit (diesmal Napoleon I.) hält, Schlachten schlägt, auf St. Helena trauert, u. s. w., bis er nach mehreren Stunden, mit mangelnder Erinnerung für alles Vorgefallene, selbst für den Besuch des Untersuchungsrichters, wieder zu sich kommt.

Da H. auch intervallär entschieden geistig gestört ist, u. A. Ideen hat, seine Mutter sei eine Andere, er habe schon vor 1000 Jahren als ausgezeichnete Persönlichkeit existirt, wird er am 6. 12. 1883 der Irrenanstalt übergeben und dort von den Gerichtsärzten explorirt.

Das Gutachten dieser vom 23. 12. 1883 geht dahin, dass es nicht möglich sei, Lucida intervalla und Dämmerzustände bei dem epileptischen H. scharf von einander zu unterscheiden. H. ist zudem ethisch und intellectuell geschwächt (psych. Degeneration). Es ist ein höchst gemeingefährlicher Kranker, unheilbar und dauernder Internirung in der Irrenanstalt bedürftig.

Laut Note der Direction der Irrenanstalt ist H. am 25. 2. 1884 geheilt entlassen worden.

Bald darauf beschwindelte H. einen Kaufmann G. in Graz, indem er Bestellung von Waaren fingirte und die Waare ins Haus beorderte, um sie dort sich anzueignen. H., neuerdings für dieses Delict in Untersuchung gezogen, wird wegen Irrsinns freigesprochen, zumal da er bei der Verhandlung den Eindruck eines offenbar Geistesgestörten machte.

In der Haft hatte H. einen Selbstmordversuch durch Erhängen ausgeführt. Deshalb wurde er am 9. 5. 1884 wieder der Beobachtungsabtheilung und da seine geistige Störung evident und andauernd war, am 10. 6. 1884 der Irrenanstalt zugeführt. Aus dieser wurde er, da man an ihm nichts psychisch Abnormes wahrnehmen konnte, was seine Detention in einer Anstatt motiviren konnte, am 12. 1. 1885 geheilt entlassen.

Seit seiner neuerlichen „Heilung“ in der Landesirrenanstalt ist H. schon wieder 2 mal gerichtlich beanstandet worden.

Er hatte am 19. 8. 1885 einen gew. U. in raffinirter Weise um 9 fl. 60 kr. beschwindelt, indem H. für eine angebliche Commissionswaare, die er zu 12 fl. gekauft, sich 21 fl. 60 kr. von dem Landboten U. hatte auszahlen lassen. Bezüglich dieser Betrugsaffaire wurde H., dessen epileptische Geistesstörung und deshalb fortbestehende Curatel gerichtsbekannt waren, am 15. 9. 1885 wegen Irrsinn freigesprochen.

Seither hat H., zum Theil unterstützt von seinem Bruder Franz, eine ganze Reihe von betrügerischen Handlungen begangen. So gab er, theils fingirte, theils an wirklich existirende Adressaten gerichtete Nachnahmefrachten auf, die statt der deklarirten Sattler-, Nadler- und sonstigen Waare, Holzstücke enthielten. Mit den Nachnahmescheinen wusste er sich zunächst Credit bei Kaufleuten zu verschaffen, entlockte ihnen Waaren und verschleuderte sie auf dem Land.

Als H. am 1. 12. 1885 auf der Bahn wegen der Behebung der Nachnahme von Frachten Nachfrage hielt, wurde er verhaftet.

Im Verhör vom 3. 12. legt er ein umfassendes Geständniss bezüglich seiner Gaunereien ab. Als intellectuellen Urheber dieser jedenfalls raffinirten Gaunereien bezeichnet er einen gewissen G.

Am 17. 1. 1886 wurde H. eingehend von den Gerichtsärzten auf seinen Geisteszustand explorirt.

Ergebnisse der gerichtsärztlichen Exploration am 17. 1. 1886.

Explorat befindet sich gerade in einem relativ luciden, d. h. nicht traumhaften deliranten Zustand. Er giebt bereitwillig Auskunft über seine früheren Lebensumstände.

In Fortsetzung der mit dem 12. 1. 1885 abschliessenden Krankheitsgeschichte der Landesirrenanstalt, verdient Erwähnung, dass H. sich nach der Entlässung anfangs wohl gefühlt, Ende April 1885 aber wieder in einen seiner Traumzustände gerathen sein will.

Er sei planlos fort nach Ungarn, sei in Körmend vorübergehend zur Besinnung gekommen, habe gemerkt, dass es ihm wieder rappele, sich aber nicht heimgetraut aus Angst, dass man ihn wieder in die Irrenanstalt stecke. Da sei er weiter und nach manchen Irrfahrten nach Pest gerathen. Dort sei er wieder lucid geworden, habe seine Lage klar erkannt, eingesehen, dass er ganz zwecklos dahin gekommen, ohne Geld und Documente sich in der fremden Stadt auch nicht aufhalten könne. Da sei er zu Fuss fort nach Wien, habe unterwegs in Gran einen heftigen epileptischen Anfall bekommen, sodass man ihn ins Spital brachte. Da er sich aber bald wieder wohl fühlte, habe man ihn auf sein Bitten nach 2 Tagen wieder entlassen. Um Pfingsten sei er nach Wien gekommen, von da zu Fuss nach Graz gegangen, wo es ihm eine Zeitlang wieder ganz wohl gewesen sei. Vor Allerheiligen 1885 sei er auf einer Reise nach Fürstenfeld (offenbar in einem neuen Dämmerzustand) nach Fehring gerathen und habe dort beim Essen im Gasthaus einen heftigen epileptischen Anfall erlitten. Auf dieser Tour habe er sein Geld verloren, sei in Folge dessen deprimirt geworden, wieder in seine Phantasien hineingerathen, sei planlos nach Wien und wieder

zurückgefahren. Er sei wieder ganz zerstreut und traumhaft geworden, habe sinnlose Fiakerfahrten in der Umgebung von Graz gemacht in der Idee, er sei ein hoher Herr und besichtige seine Landgüter; er habe die ihm doch sonst wohlbekannten Ortschaften dabei für ganz fremde angesehen, örtlich sich gar nicht zu orientiren vermocht. Auch die Menschen kamen ihm wie wildfremd, einer anderen Zeit und Nation angehörig vor. Oft habe ihn der Gedanke ganz beherrscht, er habe schon vor 1000 Jahren in grosser Herrlichkeit als mächtiger Herrscher existirt. Zwischendurch in diesen Dämmerzuständen und regelmässig von linksseitigem Kopfweh begleitet, habe er sonderbare Phantasien gehabt, sich als Feldherr gefühlt, seinen Leichenzug gesehen u. dgl. (Alles Bruchstücke früherer Traumzustandsdelirien.)

In diesen dämmerhaften Zuständen habe er die Continuität seines Bewusstseins nicht besessen, nicht gewusst, wo er am Vortag gewesen, was er da und dort gemacht.

Auch in seinen luciden Zeiten seien ihm ganz plötzlich seine hereingeschneiten Gedanken gekommen, sei er plötzlich von ganz romantischen Ideen und Situationen, wenn auch nur momentan beherrscht gewesen. Zu Zeiten habe er sich dann wieder ganz stumpf und blöd gefühlt und kaum einen Brief concipiren können.

An seine Gaunereien vermöge er sich nur summarisch zu erinnern. Er giebt zu, dass er wusste er thue Unrecht, aber in der Regel sei ihm sein Gebahren nur als Lappalie erschienen und der Gedanke, er werde ja doch nächstens ein grosser Herr, Millionär, könne dann Alles zurückzahlen und überdies grosse Stiftungen für die Armen machen, habe etwaige Bedenken beschwichtigt. Uebrigens habe ihm auch nichts an den Folgen seiner Handlungen gelegen, da er oft schon nahe daran war sich zu erschiessen. An der Ausführung des Selbstmords habe ihn gehindert der Gedanke sich nicht gut zu treffen und die Anschauung, dass er schon vor 1000 Jahren gelebt habe.

Eine Reue für sein unredliches Gebahren, eine Einsicht für die schimpfliche Situation, in die er sich gebracht, ein wirkliches Ehrgefühl sucht man bei Explorat vergebens. Jedenfalls ist er ein intellectuell und ethisch defecter, mehr in der Phantasie als in der Wirklichkeit lebender, geistig zerfahrener Mensch. Dieser Eindruck wird aus seiner ganzen Haltung, seiner verwitterten Miene und seinem wirren Auge sofort gewonnen.

Die körperlichen Abnormitäten sind unverändert die gleichen wie sie in der Krankengeschichte und den verschiedenen gerichtsärztlichen Gutachten erhoben sind.

Gutachten.

Karl H. ist seit dem Anfang der 70er Jahre mit epileptischer Geistesstörung behaftet. Er bietet alle erdenklichen und in der Erfahrung vorkommenden Erscheinungsformen epileptischer Insulte und äquivalenter psychischer Ausnahmezustände, speciell solche von Somnambulismus, d. h. Traumwandeln und Traumhandeln auf epileptischer Grundlage.

Diese als „Sinnesverwirrung“ anzusprechenden Zustände setzen so unvermerkt ein und gehen so unverschens in den Zustand relativer Lucidität über, dass es unmöglich ist, dieselben zeitlich scharf zu umgrenzen, ausser

der Explorat wäre tagtäglich Object einer sachverständigen Beobachtung und Beurtheilung.

Aber auch da, wo er vorübergehend frei von Sinnesverwirrung erscheint, zeigen sich Spuren von Delirien, Zwangsideen, Illusionen, überhaupt elementare Störungen im Bereich der geistigen Functionen und gestatten es nicht, diese Intervalle als vollkommen lucide anzuerkennen.

Ueberdies hat die seit mindestens 14 Jahren bestehende Krankheit die intellectuellen und ethischen Leistungen des Exploraten in dauernder und wohl unheilbarer Weise geschädigt.

Auf Grund dieser theils temporären, theils dauernden Störungen und Defecte im geistigen Leben muss Explorat als ein der freien Willensbestimmung und der klaren Einsicht in die Bedeutung und Folgen seiner Handlungen verlustiges Individuum erklärt werden.

Bei der hohen Gemeingefährlichkeit dieses verbrecherischen Irren erscheint es geboten, dass die bürgerliche Gesellschaft dauernd vor ihm geschützt werde durch Anhaltung in einer Humanitätsanstalt, als welche, bei dem Mangel einer Detentionsanstalt für geistessieche Verbrecher, nur eine Irrenanstalt in Betracht kommen kann. Eine Entlassung aus derselben in dem unwahrscheinlichen Fall einer Heilung des Exploraten dürfte nur unter Zustimmung der Sicherheitsbehörde denkbar sein.

Am 11. 4. 1887 sah ich meinen Pat. zum letztenmal. Er hatte kurz vorher eine Contusion am l. Os parietale durch einen Mitpatienten erlitten, bot im Anschluss daran Aphasie, r. Parese in Facialis (2. und 3. Ast), Ober- und Unterextremität mit Beugecontractur im r. Ellbogengelenk und eingekrallten Fingern. Keine Sensibilitätsstörung, enorme Steigerung der tiefen Reflexe in r. OE., r. Fussklonus, beiderseits hochgesteigerter Patellarreflex. Es kann kein Zweifel darüber obwalten, dass alle diese Störungen einer hysterischen Neurose zugesprochen werden müssen, die sich ja seit Jahren schon durch gelegentlichen Weinkrampf und einmal durch Mutismus verrathen hatte. Auch die Ekstasen und postparoxysmellen deliranten Zustände erinnerten an auf dem Boden der Hysterie Vorkommendes. Gleichwohl muss ich die eigenthümlichen Alkoholreactions- und die Dämmerzustände, die „besinnungslosen“ und die mit Umstürzen verbundenen Anfälle als zur Epilepsie gehörig ansprechen.

Das Vorkommen beider Neurosen neben einander ist jedenfalls ein in der Erfahrung begründetes.

Beob. 2. Igl., 25 J., Bäcker aus Südsteier, stammt von einem Vater, der sehr dem Potus ergeben war. Von Convulsionen, Kopfverletzungen in der Kindheit, von geschlechtlichen Ausschweifungen in der Jugend des Pat. ist nichts bekannt. Von Kindheit auf soll er ein jähzorniges aufbrausendes Temperament geboten haben. Erhebliche Krankheiten kamen nicht vor, ein bei Pat. vorfindlicher, namentlich

im Affect sehr lebhafter Nystagmus auf beiden Augen scheint angeboren zu sein. Seine Begabung war eine gute. Die Ursache seiner Krankheit findet Pat. in habituellen Excessen in potu, denen er seit seinem 14. Lebensjahr ergeben war.

Die ersten Erscheinungen seines Leidens datiren aus dieser Zeit. Es begegnete Pat. ab und zu, dass er, ohne zu wissen warum und in ganz dämmerhaftem Zustand verkehrte Handlungen ausführte. So erinnert er sich einmal durch einen Fluss geschwommen und erst nach der Ausführung dieser ihm ganz unerklärlichen Handlung sich derselben bewusst geworden zu sein. Im 16. Jahre geschah es ihm, dass ganz sonderbare Ideen, z. B. Fürst von Serbien zu sein, ihn oft ursprünglich überkamen und dann wochenlang beherrschten, sodass er Mühe hatte, sich von ihnen nicht überwältigen zu lassen.

1866, während seiner Lehrzeit in Graz, wurde Pat. irrsinnig und brachte 3 Monate im Irrenhause zu. Die damalige Diagnose lautete auf „allgemeine Verwirrtheit“. Aerztliche Aufzeichnungen fehlen. Pat. giebt an, er wisse nur, dass er damals im Wahn lebte, Fürst von Serbien zu sein und dass diese Idee ihn in der Folge noch oft heimsuchte.

1867 lief er einmal ohne Motiv aus dem Dienst, warf seine Habe weg, vertrank all sein Geld, lief 3 Tage planlos im Dämmerzustand herum, bis er inne wurde, was er für eine Dummheit gemacht habe und sich dessen schämte.

1868 wurde Pat. zum zweiten Mal mit der Diagnose „allgemeine Verwirrtheit“ im Irrenhause aufgenommen. Man erfuhr nur, dass er auch diesmal sich für den Fürst von Serbien gehalten habe.

1869, nach der Entlassung, litt Pat. zeitweise an Angstzufällen und schreckhaften Träumen. Zuweilen erwachte er aus solchen mit Bangigkeit und einem Beugekrampf der Zehen des l. Fusses. Allmälig, besonders nach Alkoholexcessen, stellten sich wieder Dämmerzustände mit planlosem Umherirren ein.

1871 trat der erste Anfall von klassischer Epilepsie (allgemeine Convulsionen mit erloschenem Bewusstsein) ein unter vorausgehendem Gefühl von Bangigkeit und krampfhaftem Zusammenziehen der Hände. Pat. war gerade am Backofen beschäftigt, rief noch um Hülfe und wurde dann bewusstlos. Er enthielt sich in der Folge vom Trinken und blieb frei von solchen Anfällen bis zum 24. November 1874, wo wiederholt epileptische Krämpfe auftraten und seinen Herrn nöthigten ihm zu künden. Pat. wandte sich subsistenzlos zu seinem Bruder nach Pettau, trank wieder stark und gerieth in einen psychischen Dämmerzustand. Seine Erinnerung beginnt da wieder, wo er sich im Arrest

befand. Man sagte ihm, er habe eine Majestätsbeleidigung begangen. Er sass nun 2 Monate im Gefängniss und wurde wegen „Wahnsinns“ zum dritten Mal der Irrenanstalt am 19. März 1875 übergeben. Nach den Angaben des Gefangenwärters hielt er sich für den Fürst von Serbien, verlangte nach Belgrad, 30 000 Mann erwarteten ihn dort u.s.w. Bei der Ankunft in der Anstalt war Pat. lucid, hatte, wie auch die früheren Male eine nur ganz summarische Erinnerung für die überstandene Krankheitsperiode. Seinen Wahn Fürst von Serbien zu sein, corrigirte und belachte er. Die folgende Beobachtung bot psychische Integrität, den oben erwähnten Nystagmus, Parese des linken Mundwinkels. Im Laufe des Monat Juni erwachte Pat. einmal mit bangem Gefühl und Krampf der Zehen des linken Fusses. Von weiteren epileptischen Erscheinungen wurde nichts bemerkt.

Am 19. Sept. 1875 entwich I. Nachts aus der Irrenanstalt unter Entwendung der Baarschaft eines Wärters. Nach 8 Tagen, während welcher er herumvagabundirt und das gestohlene Geld vergeudet hatte, stellte er sich selbst den Gerichten, legte ein reumüthiges Bekenntniss seines Vergehens ab und gab so detaillirt über die Umstände seiner Entweichung und seinen Verbleib in der Folge Rechenschaft, dass wenigstens ein neuer Traum- und Dämmerzustand zur Zeit der That und bis zur Arretirung ausgeschlossen und I. mit aller Beruhigung in den Händen des Untersuchungsrichters belassen werden konnte.

Beob. 3. A., 19 J., Schusterlehrling, aufgenommen am 1. Juli 1875, stammt aus einer sehr belasteten Familie. Muttersvater und Muttersmutter starben apoplectisch, Muttersschwester, von Hause aus schwachsinnig, wurde später irrsinnig, eine weitere Schwester der Mutter ist epileptisch, ein Schwesterkind der Mutter ist irrsinnig. Die Mutter ist nervös, mit häufigem Kopfschmerz behaftet, von eigenthümlich unstetem Blick.

Pat. hat eine Schwester an Convulsionen verloren. 2 Brüder sind gesund.

Die Kindheit verlief ohne bemerkenswerthe Erscheinungen. Ein Sturz auf der Eisbahn im 10. Jahre mit folgender Bewusstlosigkeit scheint ohne weitere Folgen geblieben zu sein. Pat. lernte sehr leicht, zeigte schon als kleiner Junge ein anspruchsvolles selbstgefälliges Wesen, mied die Gesellschaft gewöhnlicher Knaben, bot von früher Jugend an einen stark ausgesprochenen Hang zur Romantik, der sich in der Lectüre von Räubergeschichten, Heldenromanen und grosser Vorliebe fürs Theater deutlich kundgab. Das Bäckergewerbe, das er später mit dem des Schusters vertauschte, befriedigte ihn nicht, er strebte nach Höherem.

Im Alter von 14 Jahren traf ihn sein Vater am Backofen, wie er mit aller Kraft denselben nach oben zu stützen bemüht war. Pat. war dabei vor Angst ganz starr, konnte nur mittheilen, es sei ihm fürchterlich ängstlich zu Muth, es komme ihm vor, als ob Alles auf ihn einstürze. Nach einigen Minuten löste sich diese ängstliche Starre, Pat. brachte müde und abgeschlagen einige Tage im Bett zu, klagte über Kopfweh und hatte eine nur summarische Erinnerung für den überstandenen Anfall.

Pat. war in der Folge arbeitsam, frei von nervösen Beschwerden, bis auf leichte zeitweise auftretende Schwindelanfälle.

Vor 3 Jahren beklagte sich Pat. über zeitweise Anfälle von stunden- bis tagelanger Störung im Denken. Der Umgebung war er in diesen Zeiten nur durch sein träumerisches Wesen und Vorsichhinstarren auffällig, da er durch diese Gedankenstörung in der Arbeit nicht gehindert war.

Von der Zeit der Pubertät an ergab sich Pat. der Masturbation, der er eingestandenermassen bis auf die neueste Zeit fröhnte.

Mitte April 1875 machte sich Pat. dadurch bemerkbar, dass er die Arbeit vernachlässigte, herumdämmerte, ganz in Gedanken versunken schien, seine Absicht, ein Dichter zu werden, zu erkennen gab und einen Brief an den heimathlichen Dichter Rosegger schrieb, worin er bat, ihn als Collegen zu betrachten und ihm seine Freundschaft anbot.

Anfang Mai wurden kurz hintereinander 3 epilepsieartige Anfälle beobachtet, deren erster durch einen Aerger provocirt war, und in Umfallen mit folgender längerer Bewusstlosigkeit bestand. Bei den folgenden Anfällen sollen partielle krampfhafte Zuckungen sich gezeigt haben.

Auf den letzten dieser Anfälle folgte am nächsten Tage ein Zustand von Delirium, in welchem Pat. aufgeregt hin- und herlief, Alles zu zertrümmern anfing, sich für den Papst, den deutschen Kaiser, einen König, seinen Bruder für einen Feldherrn hielt, Schlachten schlug, Heere anführte. Auf dieses Schlachtendelirium folgte eine Situation, in welcher sich Pat. als Träger einer Rolle im Lumpacivagabundus fühlte und Scenen aus diesem Stück aufführte. Das Delirium, welches 3 Tage und 3 Nächte andauerte, schloss mit einer Liebesscene, deren Personen Pat. und ein Mädchen seiner Bekanntschaft waren.

Seit diesem Anfall, für welchen Pat. nur eine ganz traumhafte Erinnerung bewahrte, war er nicht mehr wie früher. Er schlief wenig, war sehr reizbar, klagte über Kopfweh, Schwere im Kopf, brachte in

seinem Beruf nichts mehr zu Stand, trieb sich planlos in den Wäldern umher oder sass träumerisch zu Hause da, romantischen Ideen, Dichter zu werden, Grosses, dessen er sich aber nicht klar war, zu beginnen, nachhängend. In diesem eigenthümlichen Dämmerzustand erfolgte seine Aufnahme. Er zog sich in die Zimmerecken zurück, starrte tagelang träumerisch vor sich hin, beantwortete Fragen nicht oder abweichend, nahm eine stolze oder trotzige Haltung dem Fragenden gegenüber an, liess nur einmal durchblicken, er wolle Offizier werden, eine Schärpe anlegen, um den Leuten, die ihn so geringschätzig anblickten, zu imponiren. Aus seiner träumerischen weltverachtenden Ruhe aufgestört oder zur Arbeit aufgefordert, wurde er sehr gereizt und ungehalten.

Körperliche Functionsstörungen, epileptoide Erscheinungen, so sehr darauf geachtet wurde, waren nicht zu bemerken. Seit Mitte Juli 1875 freier in Haltung, Miene und Benehmen. Er zeigte nun Lust zu Beschäftigung, gab befriedigende Auskunft über seine Vergangenheit, wobei sich herausstellte, dass seine Erinnerung bis Ende Juni nur eine ganz summarische war. Pat. blieb in der Folge ganz geordnet, bot aber ein träumerisch schlaffes, unstetes Wesen, unsicheren Blick und einen gewissen Zwang in der Mimik, der auch seinen Angehörigen gelegentlich eines Besuches auffiel. Ausser einem relativ grossen Schädel und einem wohl angeborenen kleinen pigmentirten Exsudatstreifen in der Chorioidea des linken Auges fanden sich keine Anomalien bei der körperlichen Untersuchung vor.

Resumiren wir die vorstehenden Beobachtungen, so finden wir:

1. im Fall H. Erbliche Anlage. Schwächliche Constitution. Convulsionen in der Kindheit. Nervöses Temperament. Retardirte Entwickelung. Hang zum Romantischen, Phantastischen, pathologische Reaction auf Alkohol. Mit 19 Jahren Einsetzen der Krankheit mit Anfällen von bewusstlosem Umstürzen mit folgendem Weinkrampf und vorausgehender vasomotorischer Aura. Dazu treten Anfälle von Denkstörung mit prodromalen schreckhaften Hallucinationen und nur summarischer Erinnerung. Später Dämmerzustände mit phantastischen expansiven Zwangsvorstellungen und impulsiven Acten, für deren Dauer nur eine ganz summarische Erinnerung besteht. Mit 22 Jahren mehrmonatlicher Anfallscyclus von ganz stereotypem, bewusstlosem, expansivem Delirium. Die einzelnen Anfälle von stunden- bis tagelanger Dauer, hier und da eingeleitet von Neuralgien und schreckhaften Hallucinationen, gefolgt regelmässig von Stupor, Kopfweh, Reizbarkeit. Einmal com-

pliciren das Delirium Zuckungen der oberen Extremitäten und des Kopfes.

Intercurrent tritt ein Anfall von bewusstlosem Zusammenstürzen auf, unter vorausgehendem Schwindel und Aengstlichkeit, ferner ein Anfall von petit mal (acuter psychischer Depressionszustand mit Suicidiumversuchen, Umneblung des Bewusstseins) mit fehlender Erinnerung. Intervallär Kopfweh, Reizbarkeit, ängstliche Träume, ausserdem Atrophia chorioideae und Strabismus.

2. im Fall Igl. Vater Potator. Angeborenes jähzorniges Temperament, Nystagmus, Parese des linken Mundwinkels. Excesse in baccho. Mit 14 Jahren Dämmerzustände mit impulsiven Handlungen. Mit 16 Jahren expansive Zwangsvorstellungen. Später mehrmonatliches expansives Delirium. Mit 17 Jahren wieder Dämmerzustände mit impulsiven Acten. Mit 18 Jahren neuer Anfall von expansivem Delirium. Darauf Angstzufälle und schreckhafte Träume mit partiellen tonischen Krämpfen; später wieder Dämmerzustände. Mit 21 Jahren epileptischer Anfall. Mit 24 Jahren wiederholte epileptische Anfälle. Darauf Dämmerzustand, endlich 3. Anfall von ganz stereotypem expansivem Delirium mit nur summarischer Erinnerung. Intervallär partielle tonische Krämpfe.

3. im Fall A. Starke erbliche Belastung. Gute Begabung, früh grosses Selbstgefühl und Hang zur Romantik. Mit 14 Jahren Angstanfall mit tetanischer Starre und nur summarischer Erinnerung. Später Schwindelanfälle. Mit 16 Jahren Anfälle psychischer Umdämmerung und Denkstörung. Mit 19 Jahren Dämmerzustand mit expansiven überwältigenden Ideen. Darauf 3 epileptische Anfälle. Später expansives Delirium mit summarischer Erinnerung. Endlich mehrmonatlicher Dämmerzustand mit expansiven Ideen und lückenhafter Erinnerung. Intervallär Reizbarkeit. Kopfweh.

Ueber die Schädelmasse der 3 Patienten, von denen Igl. u. A. etwas in der allgemeinen körperlichen Entwickelung zurückgeblieben erscheint, A. zudem einen relativ grossen, an hydrocephalische Formen erinnernden Kopf, Igl. einen rechterseits in der Entwickelung verkümmerten Gesichtsschädel besitzt, giebt nachstehende Tabelle Auskunft.

Namen	Alter	Horizontalumfang	Ohrstirnlinie (Arnold)	Ohrscheitellinie (Arnold)	Ohrhinterhauptslinie (Arnold)	Linie v. Nasenwurzel ad emin. occip. ext. (Welker) modif. f. d. Lebenden	Längsdurchmesser (Glabella ad occipnt)	Grösste Breite (Welker)	Distanz beider Por. acustic.	Spitze des Warzenfortsatzes z. höchsten Punkt der Pfeilnaht	Distanz des äuss. Randes beider Sutur. zygom. front.	Nasenlänge (Nasenwurzel — Nasenstachel)
1. Holl.	22	55	31	36	25	34	18	15	12	16,5	11	4
2. Igl.	25	53	31	37,5	26	36	17	15,25	11,5	rechts 16,5 links 17	9,75	4,75
3. A.	19	55	31	37	23	36	18	15,25	12,75	15,5	11	4,75

Die mitgetheilten Fälle bedürfen keines weiteren Commentars. Trotz individueller Besonderheiten sind sie wahre Parallelfälle, die an der empirisch wahren Natur des Krankheitsbildes nicht zweifeln lassen.

Die bisherige Literatur bietet wenig Ausbeute über diese epileptischen Dämmer- und Traumzustände.

Von Flechner (Oesterr. Zeitschr. f. pract. Heilkunde XVII. 24) ist eine interessante hierhergehörige Beobachtung mitgetheilt.

Ein Schustergeselle, 28 Jahre alt, versucht einen Kameraden zum Raubmord zu verleiten. Als Knabe Trauma capitis. Darauf epileptische Anfälle und solche von „Mania epileptica“. Diese verschwinden. An die Stelle treten traumartige Dämmerzustände mit Kopfschmerz, verkehrten Reden und Amnesie. In einem solchen Anfall Verleitung zum Raubmord.

In einer zweiten vom gleichen Autor (Psychiatr. Centralblatt 1874, No. 10, 11) mitgetheilten Beobachtung ist eine Handarbeiterin, 38 Jahre, verschiedener Diebstähle und Schwindeleien angeklagt. Als Kind Convulsionen. Vom 17. Jahre an epileptische Anfälle, dann Dämmerzustände mit ganz verkehrten Handlungen, später „Mania epileptica“ im Anschluss an convulsive Anfälle. Statt solcher in der Folge zeitweise Anfälle von Schwindel, momentaner Bewusstlosigkeit, Angst und Herzklopfen. 1870 Dämmerzustand von längerer Dauer mit romanhaften Ideen, die zu Schwindeleien führen. 1871 analoger Zustand mit ganz summarischer Erinnerung. Später acute Depressionszustände

mit Taed. vitae und Dämmerzustände mit expansiven Ideen hoher Abstammung u. s. w.

Einen werthvollen Beitrag hat Hecker (Vierteljahrschr. f. gerichtl. u. öffentl. Med. N. F. XX. K. 1, 1874) geliefert. Ein Soldat, 24 Jahre, wird im letzten Feldzug als Deserteur aufgegriffen. Keine Erblichkeit. Als Kind von 10 Wochen Convulsionen. Normale Entwickelung, gute Erziehung, geistige Beschränktheit. Mit 12 J. Anfälle psychischer Umdämmerung und Bewusstseinsstörung mit impulsiven Handlungen, z. B. Weglaufen von der Arbeit, Herumirren, Desertionen. Später Schwindelanfälle, Angstanfälle, z. B. wenn er das Gewehr losschiessen oder zur Schwimmschule sollte. Vom August 1870 bis Januar 1871 Dämmerzustände, in welchen er desertirt, herumschwindelt, sich für einen Lieutenant u. s. w. ausgiebt, hinterher nur eine ganz summarische Erinnerung besitzt. Intervallär Kopfweh, zeitweises Zittern, Frieren, ab und zu Waden- und Schreiberkrampf, Zufälle ganz momentaner, wohl als Vertigo zu deutender Bewusstlosigkeit.

Hieran reiht sich endlich ein Fall von Leidesdorf (Med. Jahrbücher 1875 H. 2). Ein Mensch wird in Wien auf der Strasse gefunden, der anfangs gar nicht, später ganz incohärent antwortet, allmälig zum Bewusstsein zurückkehrt. Mit 18 Jahren Stirnverletzung durch einen Mastbaumsplitter. Seitdem Anfälle, in welchen er unbewusst von Hause oder Amt sich entfernt, tagelang dämmerhaft umherirrt, Gestalten aus der Mythologie sieht, mit denen er spricht, fühlt, wie Cyclopen seinen Kopf als Ambos benutzen. Nur traumhafte Erinnerung für diese Anfälle. Nach denselben geistig und körperlich matt, gedächtnissschwach und nur allmälige Rückkehr zur Lucidität.

Ueberblicken wir das ganze uns bisher wissenschaftlich gebotene Material, so dürfte es nicht schwer sein, das Bild der Krankheit zu zeichnen. Das Schema stimmt vielfach mit dem der epileptoiden von Griesinger aufgestellten Zustände überein.

In einigen Fällen verräth sich eine neuropathische Constitution schon durch Convulsionen in der Kindheit. Gewöhnlich zeigen sich die ersten Spuren der Neurose in der Pubertätszeit. Genuine epileptisch convulsive Anfälle finden sich gar nicht oder nur ganz vereinzelt. Statt ihrer vertigoartige oder Angstzufälle. Intervallär mehr oder weniger deutliche Zeichen einer dauernden Störung im centralen Nervensystem, die sich theils durch Kopfweh, Reizbarkeit, ängstliche Träume, theils durch motorische Symptome (Neigung zu partiellen tonischen Krämpfen, Zittern, in einem Falle auch Nystagmus) zu erkennen giebt.

Als Aequivalente der psychischen Symptomencomplexe des petit

mal und grand mal erscheinen in unseren Fällen eigenthümliche Zustände Stunden bis Wochen währender tiefer Störung des Bewusstseins, die sich theils als protrahirte Analoga jener Bewusstseinspausen (absences) und interparoxysmellen Dämmerzustände, deren epileptische Natur schon längst erkannt ist, ansprechen lassen, theils den Charakter des Delirium an sich tragen. Interessant bleibt die Thatsache, dass, entgegen dem in der ungeheueren Mehrzahl bei Epilepsie beobachteten depressiven Delirium der Inhalt desselben ein expansiver ist.

Jene Dämmerzustände sind ausgezeichnet durch ganz planlose unmotivirte, bewusstlose Handlungen und in einigen Fällen durch regelmässig wiederkehrende, expansive, zu Zeiten überwältigende krankhafte Vorstellungen. In den Zuständen von Delirium nähern sich die Kranken ekstatischen und somnambulen Krankheitsbildern. Ihr Bewusstsein ist tief gestört, gestattet jedoch ein scheinbar bewusstes Handeln und Sprechen.

An der epileptischen Natur dieser Zustände ist im Zusammenhalt mit der Anamnese, den intervallären Erscheinungen nicht zu zweifeln. Am Deutlichsten giebt sich jene im Fall Holl. zu erkennen, wo schreckhafte Hallucinationen die Bedeutung einer Aura für den Anfall gewinnen, dieser auch einmal mit convulsiven Erscheinungen complicirt ist und Stupor, Reizbarkeit, Kopfweh jeweils ihm folgen.

Die stereotype Wiederkehr derselben deliranten Vorstellungen das brüske Eintreten und Aufhören der Symptome, die höchst summarische Erinnerung haben diese Dämmer- und Traumzustände ebenfalls mit den bekannten Zuständen des petit und des grand mal gemein.

Es erübrigt mir schliesslich auf die forensische Bedeutung dieser noch wenig gekannten Dämmer- und Traumzustände zu verweisen. Mehrere der angeführten Kranken sind mit den Gerichten in Conflict gekommen wegen impulsiver strafbarer Handlungen, die in die Zeit ihrer Dämmer- und Traumzustände fielen. Ohne die Kenntniss der Anamnese und der neurotischen Basis dieser Krankheitszustände dürfte es schwer sein, dem Richter Klarheit in der Situation zu geben. Unwillkürlich drängt sich die Frage auf, ob jener denkwürdige Holzapfel'sche Mordprocess, über den das Archiv der Psychiatrie (V. H. 1) jüngst berichtete und über den die Stimmen der Sachverständigen so getheilt waren, nicht der Gruppe jener epileptoiden Dämmer- und Traumzustände angehört und vor dem Forum der Wissenschaft wenigstens eine Revision fordert.

Zweiter Aufsatz[1])

(1877).

Beob. 4. Der Fall Holtzapfel nach den Gutachten der Sachverständigen und den Verhandlungen der Berliner med. psychologischen Gesellschaft.

(Vgl. Archiv f. Psychiatrie V. S. 235. 307. 311.; VI. 862; Casper, Lehrbuch der gerichtl. Med. bes. v. Liman, 6. Aufl., 1876. S. 609.)

Im einstöckigen Nebengebäude eines Hauses in Charlottenburg, in welchem Wittwe L. ein Conditoreigeschäft betrieb, war die Schlafstelle des männlichen Personals der Conditorei. In dem Schlafzimmer standen 4 Betten längs der Wände und unter dem einzigen Fenster ein runder Tisch. Aus dem Schlafzimmer gelangte man in ein Vorzimmer. Neben der Zwischenthür befand sich in letzterem ein weiterer Tisch. Aus dem Vorzimmer führte eine Treppe direct in den Hofraum.

In den 4 Betten des Schlafzimmers schliefen in der Nacht vom 8/9. April 1873 der 27jährige Conditorgehilfe Fleischer, der 21 Jahre alte Gehilfe Schulz, der 25 jähr. Hausdiener Sutor und der 18 jähr. Conditor Holtzapfel.

Es mochte gegen 3 Uhr Morgens sein, als Sch. über einer Detonation erwachte. Er sah Holtzapfel, mit Hose und Weste bekleidet, ein brennendes Licht in der einen, einen Revolver in der anderen Hand haltend, an der Thüre stehen. Auf seinen Ruf: „Franz, Franz, Sie erschiessen uns Alle“ feuert H. zwei Schüsse auf Sch. ab, die diesen verwunden und wendet sich dann gegen Fl., der vom ersten Schuss getroffen, im Bett sich aufgerichtet hatte und nun durch einen zweiten hingestreckt wird. Darauf jagt H. dem gegenüberliegenden S. eine Kugel in den Kopf und geht ins Vorzimmer. Dort wird er von

1) Friedreich's Blätter für gerichtl. Medicin 1877. 2.

dem entsetzten Sch. betroffen, wie er den Revolver von Neuem ladet. Sch. bittet H., er möge ihm Wasser holen, damit er seine Wunden auswaschen könne. H. weigert dies mit den Worten: wenn er hinuntergehe, wäre es sein Unglück, denn unten ständen 2 Männer. Sch. meint vorwurfsvoll: „Siehe nur, Franz, hättest du etwas höher gezielt, so hättest du mich in die Schläfe getroffen.“ „Wo sind die Schläfe“, fragt Holtzapfel und hält an die bezeichnete Stelle seinem Freund die Pistole, ohne jedoch loszudrücken. Während Sch. sich mit den Verwundeten zu thun macht, nähert sich ihm H. und schiesst nochmals nach ihm. Der Schuss streift das Nasenbein. Nun entsteht ein verzweifeltes Ringen zwischen Sch. und H., wobei der Revolver nochmals losgeht, Sch. am Schenkel verwundet und das Licht erlischt. Der verwundete S. hat sich mittlerweile aufgerafft und dem Mörder die Waffe entrissen. Als Sch. den S. ersucht, das Licht wieder anzuzünden, so thut dies H. selbst, während Sch. den Leuchter hält. H. bittet um Rückgabe des Revolvers, er wolle sich selbst erschiessen. Er äussert zu Sch., er habe nur gespasst, Sch. möge sich nur zu Bett legen, er werde Alles bezahlen, man möge ihn nicht unglücklich machen. Sch. und S. fliehen, um die Hausbewohner zu wecken.

H. erscheint bald darauf ohne Hut mit brennender Cigarre auf dem Hof, geht dort einige Male horchend auf und ab und kehrt wieder nach dem Bodenraum zurück. Er macht Licht, geht im Zimmer hin und her, kehrt rauchend, im Sonntagsanzug, einen Cylinderhut auf dem Kopf, aber in Morgenschuhen, auf den Hof zurück, geht wieder horchend einige Male auf und ab und verschwindet dann nach dem Garten hin. Er nahm seinen Weg über einige Grundstücke nach der Strasse, erschien Morgens zwischen 5 und 6 Uhr in einem Frühstückskeller am Molkenmarkt in Berlin, forderte Waschwasser und Kaffee, erzählte, die ganze Nacht nicht geschlafen zu haben, es seien Diebe in Charlottenburg eingebrochen und 2 seiner Freunde dabei erschossen worden. Der Wirthin graute es vor dem Gast, sie weigerte das Verlangte, worauf er mit den Worten fortging: „Sie denken wohl, ich bin auch einer davon.“

H. kehrte nun bei einem Barbier ein, liess sich den Vollbart abnehmen und die Haare stutzen, fragte nach dem nächsten Bahnhof, erzählte, er sei mit 2 seiner Freunde von 4 Spitzbuben überfallen worden. Die Collegen seien wahrscheinlich erschossen, ihm sei es gelungen zu entwischen.

Er begab sich nach dem bezeichneten Bahnhof, reiste in der Richtung nach Frankfurt a. O. ab, verdingte sich am 10. in Lebus, wo nichts Auffälliges an ihm bemerkt wurde. Bei der Verhaftung

am 11. wunderte er sich über seine schnelle Auffindung, läugnete jegliches Wissen seiner That, es wäre ihm allerdings, als ihm der Revolver entrissen wurde, gesagt worden, dass er geschossen habe. In diesem Moment sei er aus einem Zustand von Schlaftrunkenheit zu sich gekommen und von da an nur auf seine Flucht bedacht gewesen. Er schlafe seit seiner Kindheit unruhig, habe kürzlich geträumt, er gehe mit seinen Freunden spazieren und es kämen wilde Thiere auf sie zu, da habe Fl. ihm zugerufen: „Schiessen Sie doch"! Nun habe er nach dem über seinem Bett hängenden Revolver gegriffen. Dieser sei aufs Bett gefallen und darüber sei er erwacht. Diesen Traum hatte er thatsächlich vor Kurzem erzählt. Der Revolver, den er angeblich gemeinsam mit Fl. aus Furcht vor Einbrechern gekauft hatte, hing gewöhnlich über seinem Bette. Er war zuletzt von Fl. geladen worden.

Die Anklage des Staatsanwalts ging auf Raubmord und unterstellte H. die Absicht seine Schlafkameraden zu ermorden, um dann seine Herrin berauben zu können. Es wurde constatirt, dass die von dem Zimmer der Herrin zu dem der Bediensteten führende Klingelschnur ausgehackt und damit gebrauchsunfähig war. Der üble Leumund des H., mehrere in letzter Zeit vorgekommene Hausdiebstähle, deren H. dringend verdächtig war und wegen derer eine gerichtliche Untersuchung ihm drohte, schienen Stützen der Anklage.

Die vermissten Gegenstände wurden wirklich im Besitz des H. gefunden. Er läugnete deren Diebstahl, wollte sie theils gefunden, theils gekauft haben.

Die von der Vertheidigung während der Voruntersuchung beantragte ärztliche Untersuchung des Geisteszustandes wurde nicht bewilligt (!). Erst zu der öffentlichen Verhandlung am 16. October wurden Sachverständige (fünf) geladen. Da diese erklärten, im Termine nicht ihr Gutachten abgeben zu können und eine Exploration verlangten, so wurde über Antrag der Vertheidigung der Termin vertagt und die Verhandlung gegen H. am 12. Januar 1874 wieder aufgenommen.

Aus den Verhörsprotokollen und Ermittelungen der Sachverständigen ergibt sich über H.'s Vorleben, Persönlichkeit und Thatumstände folgendes:

H. gehört einer Familie an, in welcher mehrfach Hirnkrankheiten vorgekommen sind. Die Tante seines Vaters war nicht richtig im Kopf, Vaters Bruder und Mutter Schwester litten an Epilepsie. Ein Sohn des ersteren hatte seine 5 Sinne nicht beisammen, eine Tochter dieses Mannes ist epileptisch.

Ueber die ersten Lebensjahre H.'s enthalten die Berichte nichts. Vom 7.—14. Jahre an litt er etwa 4—5 mal jährlich an Anfällen, in welchen er aus dem Schlaf aufsprang, im Hemd in der Stube herumlief, ab und zu auch wohl die Hände zusammenballte oder ängstlich schrie: „sie wollen mir kriegen", auf Anrufen dann wieder zu sich kam und hinterher von dem Vorgefallenen nicht das Mindeste wusste. Auch seine 10jährige Schwester leidet an ähnlichen Anfällen. Ohnmachten, Schwindelanfälle, Krämpfe und dgl. waren dagegen nie an ihm beobachtet worden. Auch die Anfälle von Aufschrecken im Schlaf kamen nach dem 14. Jahr nicht mehr zur Beobachtung. Nur sein Brodherr berichtet aus späterer Zeit (v. Archiv f. Psych. V. p. 311), dass H. bei Gelegenheit wie ein Wüthender sich auf ihn gestürzt habe, wie wenn er ihn zu Boden schlagen wollte und ein andermal (ebenda pag. 312), dass er den H., der ihm immer unerklärlich gewesen sei, in einem andern Zustand von Wuth gesehen habe, in welchem dieser auf der Gartenbank gesessen und in einer Weise „gezappelt" habe, dass es ihm ganz räthselhaft vorgekommen sei.

Bis zum 14. Jahre finden H.'s Lehrer ihn zwar wenig begabt, körperlich schwach, schlaff, von schweigsamem, zurückhaltendem Benehmen, aber als einen guten folgsamen Menschen. Von da ab (Pubertät, Aufhören der Anfälle) muss eine Aenderung des Charakters sich bei H. vollzogen haben, wenigstens wird er in der Folge als ein widerspenstiger, heimtückischer, boshafter, mitunter excentrischer Mensch geschildert, der kleine Diebstähle beging und der Urheberschaft eines nach einem erhaltenen Verweis ausgebrochenen Brandes dringend verdächtig war.

Von körperlichen Krankheiten scheint H. bis auf die jüngste Zeit verschont gewesen zu sein, nur ab und zu litt er an Kopfweh. Auch sein Schlaf war trotz seiner gegentheiligen Versicherung ein ruhiger, wie dies Zeuge Schulz, der über ein Jahr mit ihm zusammenschlief, bezeugte. Niemals wurden an ihm weder vor der That noch nach derselben in der Haft epileptische oder epileptoide Erscheinungen beobachtet. Ueber H.'s geistige Begabung lauten die Ansichten der Beobachter divergent. Von einigen wird er als vollsinnig bezeichnet, andere halten ihn für geistig beschränkt, was allerdings mit Bezug auf die Angaben seiner Lehrer, sein unsinniges Läugnen der Diebstähle, deren er doch überführt ist, sein theilweise läppisches Benehmen in den Verhören und Aussprüche in seinen Briefen an die Geschwister „vergesst nie, was Ihr eurem dankbaren Vater schuldig seid" — „die christliche Kirche stammt von der katholischen Religion" glaubhaft erscheint.

In körperlicher Beziehung erscheint H. in seinem Wachsthum und in der Entwickelung zurückgeblieben, von knabenhaften Zügen, kleinem Schädel.

Was H.'s Verhalten in den der That vorausgehenden Stunden betrifft, so erschien er seiner Braut etwas angetrunken. Er fühlte etwas Kopfweh und Ermüdung. Einen Alkoholexcess hatte er thatsächlich nicht begangen. Er bot bei der Heimkehr nichts Auffälliges, legte sich mit den Anderen etwa um 10 Uhr zu Bett. Auch während der Katastrophe erschien er dem einzigen überlebenden Zeugen derselben (Schulz) nicht anders als sonst, nur etwas ängstlich. Die Insinuation, dass er zur Zeit der That irrsinnig gewesen sei, weist H. zurück. Er entschuldigt sie mit Schlaftrunkenheit. Wichtig ist noch das Verhalten seiner Erinnerung für die Zeit der That.

Er erinnert sich, dass er nach dem Zubettgehen sofort einschlief und datirt seine Besinnung erst von dem Zeitpunkt an, wo ihm der Revolver aus der Hand gewunden wurde. Den Revolver habe er nicht knallen hören. Er weiss, dass Sch. zu ihm sagte: „Sie erschiessen uns Alle", er erinnert sich, dass er seine Opfer bluten sah. Weitere Erinnerungsdetails ergeben sich, ob vorhanden oder nicht, aus dem Kreuzverhör nicht. Ueber die Details seiner Flucht gibt H. keine befriedigende Auskunft — er weiss es nicht — indessen scheint er dafür doch eine Erinnerung, wenigstens eine summarische zu besitzen.

Die Gutachten von 3 Sachverständigen gehen dahin, dass sie an H. nichts Krankhaftes wahrgenommen haben, auch erscheint ihnen sein Geisteszustand zur Zeit der That nicht pathologisch; ein vierter hält seine That für das Product eines Krankheitszustandes auf epileptischer Grundlage, der fünfte erkennt in H. zwar den Verbrecher, findet aber in seiner erblich-nervösen constitutionellen Belastung und seinem infantilen Nervenleiden Momente, die eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen sträfliche Versuchungen (verminderte Zurechnungsfähigkeit annehmen lassen.

Die von der Vertheidigung beantragte Einholung eines Obergutachtens wurde vom Gerichtshof abgelehnt, „weil nach den gesetzlichen Vorschriften keine Nöthigung hierzu vorliege, im vorliegenden Falle (die Referenten der med. Oberbehörden hatten hier als Sachverständige fungirt) auch kein Nutzen zu erwarten sei".

Die Geschworenen bejahten die Schuldfrage, der Gerichtshof fällte ein Todesurtheil. H. wurde zur Zuchthausstrafe begnadigt.

Existirte auch mit diesem Verdict Holtzapfel für das Strafgericht nicht mehr, so blieb er doch ein Problem für die Wissenschaft. Blieben doch so manche Zweifel ungelöst, waren doch in diesem Criminalfall bezüglich der Motive und des Mechanismus der Handlung so manche Widersprüche, während die medicinische Wissenschaft, obwohl sie in mehrfacher Hinsicht pathologische Erscheinungen an H. fand, doch nicht im Stande war, dieselben zu einer diagnostischen Formel zusammen zu fassen.

Die Berliner med. psychologische Gesellschaft unterzog sich in ihren Sitzungen vom 4. Mai und 1. Juni 1874 der dankenswerthen Aufgabe, den Fall Holtzapfel zum Gegenstand einer Discussion vor dem Forum der Wissenschaft zu machen.

Die Ansichten der Mitglieder waren ebenso getheilt wie die der Experten. Während Liman, Skrzeczka, Westphal, Falk Holtzapfel für einen Verbrecher erklärten, erkannten Wolff, Ideler, Mendel, Sander in ihm einen Kranken.

Die Discussion drehte sich in ihren Hauptpunkten:

1. um die Gesammtpersönlichkeit des Holtzapfel.

Wolff und Sander betonten die erbliche Disposition, den Schwachsinn, gewisse Anomalien der Körperentwickelung und die auffällige Charakteränderung zur Pubertätszeit, wozu nach W.'s Ansicht noch der instinktive Charakter seiner früheren Verbrechen, für die ein rechtes Motiv fehle, seine Zornmüthigkeit kommen. Nach ihm und Ideler ist H. ein epileptisch Irrer, nach Sander ein auf hereditärer Basis disponirtes Individuum, ein moralischer Idiot, während Westphal Liman, Skrzeczka H. nicht schwachsinnig finden können und für eine Verbrechernatur, wobei allerdings organische Momente nicht ganz auszuschliessen sind, halten müssen. Die ersteren Anschauungen sind auf synthetischem, die letzteren auf vorwiegend analytischem Wege gewonnen.

2. Die Feststellung der Natur der Anfälle in der Kindheit.

Liman kann dieselben nicht als epileptische ansehen, denn eine Sistirung solcher durch Aufrütteln sei nicht beobachtet. Wenn sie epileptische wären, so wäre auch auffällig, dass sie keine schädliche Wirkung auf die psychischen Functionen hatten. Sie lassen sich noch am ehesten als Zufälle von Schlaftrunkenheit deuten, wozu überhaupt das sog. Aufschrecken der Kinder zu rechnen sein dürfte. Keineswegs lassen sie sich auf ein tieferes Leiden des Nervensystems beziehen, sind zudem seit Jahren nicht mehr vorgekommen, somit für die Beur-

theilung des Zustandes zur Zeit der That belanglos. Aehnlich Skrzeczka. Wolff sieht sich genöthigt, diese Anfälle von Aufschrecken bei ihrer langen Dauer und der fehlenden Erinnerung dafür für epileptoide zu erklären, desgleichen Ideler, der darauf hinweist, dass sie mit Bewusstlosigkeit einhergingen und bei einem Individuum vorkamen, in dessen Blutsverwandtschaft Epilepsie zu Hause ist. Auch die Möglichkeit, aus epileptischen Zuständen Leute zu erwecken, sei nicht ganz auszuschliessen. Mendel verweist auf die Erfahrung von Romberg, der solche Anfälle von Aufschrecken der Kinder als Vorläufer der Epilepsie beobachtete, Wolff auf Henoch und Hess, wonach diese Anfälle auf epileptoider Basis beruhen dürften. Der Hauptbeweis für seine Ansicht liege in der Congruenz der Erscheinungen.

3. Der Zustand H.'s zur Zeit seiner That.

Liman beweist, dass kein Zustand der Schlaftrunkenheit vorhanden war, das Verhalten nach der That wäre dann ein ganz anderes gewesen.

Auch um einen Zustand sog. psychischer Epilepsie könne es sich nicht handeln, denn weder prodromale noch postparoxysmale Erscheinungen fänden sich, die dafür sprächen, es fehle aber auch der für solche Zustände charakteristische affectvolle Aufregungszustand, der durch schreckhafte Wahnvorstellungen oder durch einen Wuthausbruch gekennzeichnet ist. H.'s Aeusserung „drunten stehen 2 Männer" imponirt ihm nicht als eine pathologische Erscheinung.

Einen anderweitigen Zustand von Bewusstlosigkeit anzunehmen, gehe auch nicht an, denn das Kriterium derselben sei die fehlende Erinnerung. H. behaupte sie zwar, besitze sie aber doch, wie seine Handlungen und widerspruchsvollen Aeusserungen erweisen. Gravirend in dieser Hinsicht sind seine Erzählungen des Vorfalls (2 Freunde erschossen, 4 Spitzbuben) im Frühstückskeller und beim Barbier u. s. w., und wenn er sich später dessen nicht mehr erinnern will, so sagt er die Unwahrheit. Ideler steht nicht an, aus H.'s ganzer Handlungsweise in jener Nacht auf einen Anfall von Sinnesverwirrung zu schliessen, auf einen transformirten, epileptischen Insult bei einem Individuum, das an Epilepsie litt und schwachsinnig wurde. H. hat offenbar hallucinirt, hat planlos, rücksichtslos, automatisch gehandelt, ebenso unsinnig und verworren benimmt er sich auf der Flucht.

Mit der Annahme von Epilepsie erkläre sich die von der Pubertät an erfolgte Charakteränderung, sein Wuth-Anfall gegen den Brotherrn, sein prodromaler ängstlicher Traum vor der Katastrophe.

Auch Wolff sieht in dem vorausgehenden ängstlichen Traum H.'s,

seinem ängstlichen Wesen zur Zeit der That, der Amnesie für dieselbe, Anhaltspunkte für eine transitorische (epilept.) Störung.

Sander hält dafür, dass der organisch belastete H. in einem Zustand von Sinnesverwirrung gehandelt habe, ohne sichere Beweise für die epileptische Natur jener finden zu können.

So blieb also auch vor dem Forum der Wissenschaft der Fall Holtzapfel ein unaufgeklärter, streitiger. H. wurde am 14. Juli 1874 in die Strafanstalt Halle eingeliefert, in welcher er sich seither befindet. Wir verdanken dem Leiter dieser Anstalt, Herrn Geh.-Rath Dr. Delbrück, einen interessanten Bericht (v. Archiv für Psychiatrie VI. H. 3) über den seitherigen körperlichen und geistigen Gesundheitszustand H.'s.

In diesem Bericht wird H. als ein im Allgemeinen gesunder aber schwächlicher Mensch von blasser Gesichtsfarbe bezeichnet. Er behauptet, häufig an Kopfschmerzen und Schmerzen in den Unterschenkeln zu leiden. Sonst ist er ohne körperliche Gebrechen.

Im Januar 1875 stand er einmal Nachts auf, kleidete sich an. Man nahm ihm die Kleider weg. Als man sie ihm des andern Morgens wieder brachte, that er ganz fremd, wusste von dem Nachts Vorgefallenen nichts. Sein Benehmen erschien nicht als ein verstelltes. Er klagte u. a. über Kopfschmerzen.

In der Folge ähnliche nächtliche Anfälle von „Nachtwandeln". Am 31. Mai Ruhranfall, der ihn während 8 Wochen unter sorgfältige Aufsicht ins Lazareth brachte. Während dieser Zeit 8 nächtliche Anfälle. H. schreckte mitten in der Nacht aus dem Schlafe auf, verliess das Bett, ging mit bleichem Gesicht, starr geöffneten Augen und schnellem, oft keuchendem Athem im Kreise herum. Kam er an die Wand, so betastete er sie und kehrte dann wieder um. Er reagirte in diesem Zustand nur auf Besprengen des Gesichts mit kaltem Wasser, erwachte dann aus seinem „schlaftrunkenen" Zustand, stürzte zu Boden, sah sich befremdet um, wusste nichts vom Vorgefallenen, blieb schwer athmend und keuchend auf dem Boden liegen, bis man ihn aufforderte, sich zu Bett zu legen. Er triefte dann von Schweiss, war durstig, schlief ruhig ein. Aufschreien, Sprechen kam in diesen Anfällen, die, wenn sie schwerer waren, eine halbe Stunde, sonst 10—15 Minuten dauerten, nicht vor. Nach denselben litt er jeweils an Kopfweh, war erschöpft, sah blass, elend aus, hatte frequenten Puls. In einem solchen Anfall zerstörte er den Ofen, auch in anderen Anfällen wurden complicirte

zerstörende Handlungen mit dem Charakter der Bewusstlosigkeit beobachtet. Intervallär Perioden von Kopfschmerz, schlechtem Schlaf. Schlaflosigkeit, bleichem Aussehen. H. leidet an häufigen Pollutionen nimmt in der Ernährung ab. Nie epileptoide Zufälle. Auffälliger Indifferentismus und Spuren von Gedächtnissschwäche. Moralische Führung tadellos.

Der erfahrene Berichterstatter steht nicht an, zu erklären, dass hier ein empirisch wahres Krankheitsbild vorliege — er nennt es Nachtwandeln auf epileptischer Basis — und dass die Mordthaten H.'s ganz gut in einem solchen Anfall begangen sein können.

Ich stehe nicht an, H. für einen Epileptiker zu erklären, auch ohne dass je in seinem Leben convulsive oder vertiginöse Symptome dieser Krankheit beobachtet wären. Das Vorkommen solcher „psychischer" Epilepsien ist wohl nie bezweifelt, aber erst durch Griesinger, Samt u. A. in neuester Zeit dem Verständniss und der klinischen Diagnose zugänglicher gemacht worden. Die Diagnose des epileptischen Grundzustands lässt sich in derartigen forensisch wie klinisch gleich interessanten Fällen nur aus der Zusammenfassung aller pathologischen Thatsachen, der Lebensgeschichte und gewisser, der acuten psychisch epileptischen Störung eigenthümlicher Erscheinungen, somit auf synthetischem Wege gewinnen. Dann wird sie aber eine so sichere, als sie überhaupt auf diesem von der pathologischen Anatomie noch gar nicht beleuchteten Gebiet möglich ist. Resümirt man die über H. vorliegenden anamnestischen Daten, so findet sich zunächst eine exquisite Familiendisposition zu Hirnkrankheiten, speciell zu Epilepsie. Sie ist an und für sich bedeutungslos für H., wenn es nicht gelingt, an ihm Erscheinungen eines pathologischen Zustandes des Centralnervensystems aufzufinden. Solche finden sich aber gerade zahlreich bei ihm und schon in sehr frühem Lebensalter, zunächst als Anfälle von schreckhaftem Delir („sie wollen mich kriegen"), ähnlich dem bekannten nächtlichen Aufschrecken der Kinder. Es mag dahin gestellt bleiben, ob dieses durchaus auf epileptischer Basis sich findet, unzweifelhaft gewinnt es aber eine eminente klinische Bedeutung, wenn es beim Abkömmling einer epileptischen Familie sich findet, auch bei seiner Schwester vorkommt, die einzelnen Anfälle stereotyp wiederkehren, vollständige Amnesie hinterlassen, und mit dem Aufhören derselben eine tiefgreifende Aenderung des Charakters in pejus — Zornmüthigkeit, Zurückbleiben der körperlichen Entwickelung, geringe geistige

Fortentwickelung, instinctive Handlungen, Anfälle von Wuth, einmal mit „Zappeln“ constatirt werden, Erscheinungen, die in ihrer Gesammtheit den Menschen dem damaligen Brodherrn unerklärlich erscheinen lassen.

Das sind Alles Symptome, wie sie bei jugendlichen Epileptikern häufig genug vorkommen, und gewiss würde jeder erfahrene Beobachter bei ihrem Vorhandensein zunächst an latente Epilepsie denken. Die Beobachtung hat an H. weder convulsive noch epileptoide Zufälle nachzuweisen vermocht. Wir müssen mit dieser Thatsache rechnen, ohne aber die Möglichkeit auszuschliessen, dass dennoch vertiginöse oder epileptoide Erscheinungen vorhanden waren, ohne zu vergessen, dass bei Epileptikern Jahrzehnte lang (Morel, Griesinger) das klassische Bild der E. fehlen kann. Eine beachtenswerthe Erscheinung bleibt immerhin Holtzapfel's Anfall von „Zappeln“ auf der Gartenbank.

Ganz unvermittelt an diese früheren pathologischen Vorkommnisse in H.'s Leben reiht sich die Katastrophe in der Nacht vom 8./9. April 1873 — ein einfacher Raubmord, wie das Verdikt der Jury lautete, aber unter welchen Umständen! Der erste Eindruck, den mir die Durchlesung des trefflichen Falk'schen Gutachtens machte, war der des Unerhörten, eine zweite Lesung verschaffte mir die Ueberzeugung des Pathologischen des Falls. Die Voraussetzung, H. habe einen Raub an seiner Herrin begehen wollen, zu diesem Zweck die Klingelschnur abgehackt und seine Schlafkameraden zu erschiessen versucht, klang doch gar unwahrscheinlich. Die Gefahr, nicht sofort die drei tödtlich zu verwunden, in der Nachbarschaft gehört zu werden, war doch zu gross, der Umstand, dass H. dem Sch. selbst Licht anzündete, statt sein Heil nach misslungener Unthat in der Flucht zu suchen, dass er dem Sch. den Revolver an die Schläfe hielt, ohne zu schiessen, deutete eher auf Handlungen des Traum- als des wachen Lebens. Aber welches Traumzustands? Schlaftrunkenheit konnte selbstverständlich ausgeschlossen werden, Epilepsie lag nahe, aber das gewöhnliche Bild einer „Mania“ epileptica oder eines epileptischen Delirs war offenbar nicht vorhanden. Der Fall blieb mir ein räthselhafter, bis Samts Arbeit (Archiv für Psychiatrie, V. H. 2; VI. H. 1) und eigene Erfahrungen (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXIII. H. 2) ihn aufklärten. H. befand sich zur Zeit seiner That in einem psychopathologischen Zustand auf epileptischer Basis, in einem Traum- oder Dämmerzustand, wie er eben nur bei gewissen Epileptikern vorkommt, mag er nun transformirter epileptischer Insult, epileptische Bewusstlosigkeit, Sinnesverwirrung oder sonstwie genannt werden. Als prodromale Erscheinungen desselben möchte ich H.'s ängstliches Träumen, Kopf-

schmerz, Müdigkeit und wie angetrunkenes Wesen ohne vorausgehenden Alkoholexcess auffassen.

Auch sein ganzes Verhalten während der Katastrophe deutet auf ein Traumbewusstsein, mit bald grösserer, bald geringerer Verdunkelung desselben. Eine partielle Aufhellung des Bewusstseins repräsentirt der Moment, wo er Sch. den Revolver an die Schläfe hielt, ohne zu schiessen, wo er sagt, er habe nur gespasst und werde Alles bezahlen, eine Wiederverdunkelung der Augenblick, wo er nach Sch., ihn offenbar neuerdings feindlich verkennend, wieder schiesst, während er doch kurz vorher dessen Leben geschont hat. Solche Schwankungen des Bewusstseins finden sich aber in epileptischen Traumzuständen.

Auf ein Gesammttraumleben deutet das Planlose, Unmotivirte, Unsinnige der gesammten Handlungsweise, das Verhalten auf dem Hof, die Rückkehr ins Zimmer, das Wiedererscheinen auf dem Hof in defecter Toilette etc.

Die Aeusserung „drunten stehen 2 Männer“ kann ich nur für eine delirante halten, sie entspricht der Erzählung beim Barbier, dass Diebe eingebrochen seien und der Wahrnehmung Sch.'s, dass H. während der Tragödie ängstlich war; ferner seinem Herumspähen auf dem Hof, bevor er sich zur Flucht wandte.

Dem wechselnden Zustand des Traumbewusstseins entspricht die Erinnerung, die, wie bei allen epileptischen Traumzuständen, eine mindestens summarische ist, nur Bruchstücke aus dem Traumleben in sich begreift (Diebe eingebrochen, zwei Freunde erschossen) auch für die Erlebnisse der Flucht eine höchst summarische ist und auch bei der Ergreifung als eine confuse, dämmerhafte erscheint. Sein ganzes Benehmen in Berlin, der Umstand, dass er unaufgefordert dem Barbier seine hallucinatorische Räubergeschichte erzählt und sich damit mindestens verdächtig macht, beweisen, dass er damals noch nicht wieder lucid war.

Ueber H.'s Anfälle in der Strafanstalt kann kein Zweifel sein, dass sie epileptoide sind. Ich theile in dieser Beziehung ganz die Ueberzeugung des erfahrenen Berichterstatters derselben und verweise auf analoge Vorkommnisse bei den von mir beobachteten Kranken.

Weitere Reflexionen gestattet vorläufig der denkwürdige Fall H. nicht, aber er fordert dringend zu einem genauen Studium der noch gar nicht erforschten oder unter anderem Namen cursirenden, als epileptische verkannten eigenthümlichen Traum- und Dämmerzustände auf, wie sie eben nur bei Epileptischen, freilich mit oft fehlenden oder mindestens seltenen Krampfanfällen vorkommen, auf. Die klinisch-forensische Wichtigkeit ergibt sich aus dem Ausgang vorstehenden

Processes, der ein anderer gewesen wäre, wenn unsere Kenntniss der im Verlauf der epileptischen Neurose möglichen psychopathischen Zustände sich nicht auf die Schablonen der „mania epileptica", des „grand" und des „petit mal" beschränkte.

Beob. 5. Epileptisches Irresein. Dämmerzustand, in welchem Patient ohne Motiv und bewusste Absicht eine Reise unternimmt.

Am 23. Februar 1876 Abends 10 Uhr wurde der 22 Jahre alte Martin Sch. aus Wien von der Sicherheitsbehörde dem allgemeinen Krankenhaus in Graz übergeben. Er hatte sich auf der Strasse herumgetrieben, einem Wachmann, der ihm begegnete, den Wunsch ausgesprochen, dieser möge ihn umbringen. Bei der Ankunft im Spital war er anscheinend lucid, ohne Fieber, der Kopf congestionirt, der Puls sehr voll und weich, der Gesichtsausdruck eigenthümlich befangen und verstört. Patient schlief einige Stunden und gab am andern Morgen mimisch frei und vollkommen lucid folgende Anamnese.

Die Mutter lebt im Armenhause. Sie ist ohne psychische Abnormitäten. Der Vater war ein Säufer, litt einmal an einem psychischen Aufregungszustand, in welchem er meinte, es werfe Jemand nach ihm mit Messern. Ein Vetter des Vaters ist geisteskrank, ein Bruder des Vaters apoplectisch. Der Sohn einer Schwester des Vaters ist im Irrenhaus gestorben. Von 19 Kindern ist Pat. das letztgeborne 12 Geschwister sind im Kindesalter an unbekannten Krankheiten gestorben, 7 leben. Ein Bruder litt mit 12 Jahren an Convulsionen, eine Schwester an Krampfanfällen mit Bewusstlosigkeit. Als kleines Kind litt er an Convulsionen, die später sich nicht wiederholten.

Entwickelung war normal, Begabung eine gute. Seit seiner Kindheit habe er alle paar Wochen Anfälle von halbseitigem Kopfweh. Schon als kleiner Junge habe er oft bei geringfügiger Veranlassung an Angst gelitten. Diese unmotivirten Aengstlichkeiten befielen ihn noch bis in die jüngste Zeit — er komme dann ins Nachdenken hinein und sei erst nach einigen Stunden wieder frei davon. Ebenso kämen oft über ihn schmerzliche Stimmungen, in welchen ihn der Gedanke plage, dass er nie glücklich werden könne. Von jeher sei er intolerant gegen Alkoholica; wenn er nur 0,6 Liter Bier trinke, so fange gleich der Kopfschmerz an, sodass er sich vom Trinken enthalte. Kopfverletzungen, schwerer Krankheiten weiss er sich nicht zu erinnern, ebensowenig weiss er von Schwindelanfällen, nächtlichem Bettnässen. Patient wandte sich nach absolvirter Schule dem Schusterhandwerk im 11. Jahr zu, hatte aber keine Freude daran, ging nach

München, diente dort einige Monate als Krankenwärter (1870), wandte sich dann nach Wien, diente dort in verschiedenen Häusern. 1873 erwies er dem Sohn seines Hausherrn, der ein Paederast war, Liebesdienste, wurde von diesem reich beschenkt, später aber desavouirt.

1874 Ende Juli diente er in einem Café. Er fühlte sich eines Tages sehr unwohl, litt an heftigem Kopfweh. Er sah eine unheimliche Gestalt mit einem langen Messer auf ihn zukommen, gerieth in heftige Angst, fing an zu zerstören, fiel plötzlich bewusstlos um, blieb so eine halbe Stunde, kam auf das Beobachtungszimmer, wo er vom 30. Juli bis 7. Aug. verpflegt wurde, noch einige Zeit delirirte. Er wurde von da am 7. Aug. nach der Irrenanstalt gebracht, kam in dieser nach einigen Tagen wieder zum Bewusstsein, hatte aber vollständige Amnesie für Alles, was seit dem Zeitpunkt, wo er das Phantasma erblickte, vorgefallen war.

Pat. blieb bis zum 2. März 1875 in der Irrenanstalt. Er will mit Arbeit beschäftigt und von neuen Krankheitsanfällen verschont gewesen sein.

Anfangs April 1875 kam es zu einem ängstlichen Aufregungszustand. Er meinte, er werde eingesperrt, bekannte in seiner Angst einem Arzt, der ihn zu untersuchen hatte, dass er sich zu paederastischen Zwecken habe missbrauchen lassen.

Ende April lief er in die Wohnung des Baron Sa. Er meinte S. habe ihm Geld versprochen — er habe es sich eben so eingebildet — schon früher seien ihm so ungereimte Gedanken gekommen. Wegen dieser Affaire sei er von Neuem in die Irrenanstalt gekommen und dort vom 28. April bis 10. Sept. verpflegt worden. Er sei während dieser ganzen Zeit gesund gewesen, habe immer arbeiten können und sei dann von dem obenerwähnten Hausherrnsohn gegen Revers aus der Anstalt entnommen worden. Dieser schaffte ihn nach München. Von seinen dortigen Verwandten schlecht aufgenommen, ging er wieder nach Wien.

Gelegentlich eines Streites mit dem Hausherrnsohn sei er aus ihm unbewussten Ursachen am 12. December 1875 neuerdings auf das Beobachtungszimmer gekommen, habe dort dem Chefarzt Grobheiten gesagt, sei in die Irrenanstalt versetzt worden, habe dort aber keine Krankheitserscheinungen mehr geboten und sei deshalb am 6. Februar gesund entlassen worden. Die in diesen Anstalten eingezogenen Erkundigungen ergeben, dass Sch. seit 1874 mehrere, wenn auch nicht ernste Selbstmordversuche machte, diverse epileptische, bald convulsive, bald Tobanfälle hatte und unendlich reizbar war. Die Ursache seiner Aufnahme im December 1875 war ein Versuch gewesen, sich mit Laugen-

essenz zu vergiften. Er trieb sich nun vacirend herum, fand endlich am 23. Februar einen Dienst in einem Cafféhaus, wo er Morgens eintrat. Schon beim Eintritt habe er sich unwohl gefühlt, stechenden Schmerz in den Schläfen gehabt, der sich fortwährend gesteigert und mit einer eigenthümlichen inneren Angst complicirt habe. Das Mittagessen habe ihm nicht geschmeckt, er sei — er wisse selbst nicht warum, von Hause fort, auf den Südbahnhof gelaufen, habe dort gefragt, wann ein Zug nach Graz abgehe, und da gerade einer bereit stand, habe er mit dem Rest seines Geldes ein Billet gelöst und sei eingesessen. Unterwegs habe er heftigen Kopfschmerz gehabt, ein ihm gegenübersitzender Herr habe ihn gefragt, warum er so trübsinnig dasitze. Während der Fahrt sei ihm plötzlich ein Licht gekommen, was er gethan, diese Anschauung sei ihm unterwegs immer deutlicher geworden. Bei der Ankunft in Graz sei er erst zur vollen Einsicht gekommen, was er für eine Dummheit gemacht. Ohne Geld und Bekannte dastehend sei er sehr deprimirt gewesen, habe sich an einen Wachmann gewendet. Er glaubt sich zu erinnern, dass er diesem gesagt, er fühle sich so unglücklich, dass dieser ihn umbringen solle, weiss er sich nicht zu erinnern. Ueberhaupt hat Patient von den Erlebnissen seit Eintritt in das Cafféhaus Morgens bis zu diesem Zeitpunkt nach der Ankunft in Graz nur eine summarische Erinnerung. Aller weiteren Vorkommnisse erinnert er sich klar, wie er sich auch seiner Lage vollkommen bewusst ist. Er besinnt sich vergebens auf ein Motiv, nach Graz zu reisen. Er weiss nur, dass ein früherer Irrenwärter in Wien, der aus Graz gebürtig ist, ihm viel von dieser Stadt erzählt hat. Von seinem Kopfweh sei er erst am 24. Morgens frei geworden.

Pat. bietet in der folgenden Beobachtungszeit wenig Auffälliges, ausser eine grosse Gemüthsreizbarkeit und Neigung zu Kopfcongestionen. Seine vasomotorischen Nerven sind jedenfalls sehr erregbar er erröthet bei geringfügiger Veranlassung. Intelligenz lässt nichts zu wünschen übrig, Bewusstsein nach keiner Richtung getrübt. Der Ausdruck der Augen hat etwas Unstetes, Neuropathisches an sich. Die Kopfbildung regelmässig.

Längsdurchmesser des Schädels 17,5 Ctm., parietaler 15,0, bitemporaler 10,0, Mastoidalbreite 13,5. Entfernung zwischen den Jochbögen 14,5; Entfernung von der Vereinigung der Lambdanaht bis zum Kinn 23,6. Gesichtshälften vollkommen symmetrisch. Der linke Eckzahn ist abnorm breit und steht 1‴ höher als die andern Zähne. Das rechte Ohr ist um 0,5 Ctm. länger als das linke. Von perversem Geschlechtstrieb keine Spuren. Pat. ist den Weibern hold und hat sich

nur um Geld zu Paederastie hergegeben. Die vegetativen Organe functioniren normal, die Ernährung ist eine gute. Nach 10tägiger Beobachtung, die ausser grosser nervöser Erregbarkeit und Gemüthsreizbarkeit nichts Weiteres bot, wurde Pat. entlassen.

Epicrise. Auch hier handelt es sich um einen Menschen, in dessen Familie Hirnkrankheiten häufig vorkommen, und bei dem, wohl als Ausdruck einer hereditären Belastung, theils functionelle (Migräneanfälle seit der Kindheit; Intoleranz gegen Alkohol), theils anatomische (Zahn, Ohr) Degenerationszeichen sich vorfinden.

In der Kindheit bestehen Convulsionen. Erst im 20. Lebensjahre erscheinen wieder krampfartige Zustände. Sie sind selten, aber von sachverständigen Beobachtern constatirt und als epileptische erkannt. Als Aequivalente solcher ab und zu syncopeartige und transitorische Tobanfälle. Besonders deutlich ein solcher 1874, eingeleitet durch eine Aura (schreckhafte Vision), mit Amnesie für die ganze Dauer des epileptischen Delirs.

Als intervallaere, das Bild der epileptischen Neurose ergänzende Erscheinungen: hochgradige Gemüthsreizbarkeit, Zustände schmerzlicher Verstimmung (morositas epilepticorum) bis zu ganz impulsiv unternommenen Selbstmordversuchen.

Ausser diesen gewöhnlichen Zügen des epileptischen Kranheitsbilds finden sich nun 2 weitere, vielleicht als psychische Aequivalente des epileptischen Anfalls zu deutende temporäre Symptomencomplexe. Zunächst Angstanfälle, die schon von Griesinger (Archiv für Psychiatrie I) in diesem Sinne gedeutet werden, dann Dämmerzustände mit ängstlicher Färbung, Traumvorstellungen (1875 Affaire Sa.), ganz impulsiven, unmotivirten, unsinnigen Handlungen (Reise nach Graz) und nur ganz summarischer Erinnerung für die Erlebnisse dieses Dämmerzustands. Der letzte derartige Anfall entbehrt zudem nicht einer Art Aura — Unwohlsein, stechender Schmerz in den Schläfen, Appetitlosigkeit und begleitender vasomotorischer (Fluxion zum Gehirn, voller weicher Puls) und sensibler Symptome (Kopfschmerz).

Beob. 6. Epileptisches Irresein. Mehrwöchentlicher stuporartiger Dämmerzustand mit Delirien. Disciplinare Vergehen im Krankheitsanfall.

Herr Z., Offizier, 24 Jahre, ist wegen Veräusserung eines ihm von der Kriegsverwaltung zum Gebrauch überlassenen ärarischen Pferdes sowie wegen zahlreicher seit Anfang des Jahres 1875 contrahirter Wechselschulden und Nachlässigkeiten im Dienste in eine Disciplinar-

untersuchung verwickelt und mit Cassirung bedroht. Da sein Verhalten zur Zeit der angeschuldigten Handlungen den Verdacht einer Geistesstörung aus den unten erwähnten Gründen rege machte, wurde derselbe ärztlicher Beobachtung und Untersuchung unterstellt.

Anamnese und Species facti: Explorat stammt von gesunden Eltern. Im 3. Lebensjahre acute Hirnerkrankung, die ihn ca. 14 Tage des Gehörs und Gesichts beraubte. Später gesund bis 1869, wo er mit dem Pferd stürzte und mit dem Kopf gegen eine Barriere geschleudert wurde. Eine äusserliche Verletzung fand sich nicht an der Stelle des Insults (Vereinigungswinkel der Lambdanähte) vor, jedoch war Z. 12 Stunden bewusstlos, stand noch 14 Tage wegen Schwindel, Kopfweh an der Stelle des Trauma und Schlaflosigkeit in ärztlicher Behandlung und musste, da diese Beschwerden fortdauerten, vom Dienste beurlaubt werden.

Der Kopfschmerz bestand hartnäckig fort, exacerbirte jeweils bei kalter oder heisser Temperatur, sowie bei Gemüthsbewegungen und dem Genuss geistiger Getränke. Die Stelle des Trauma war dann so schmerzhaft, dass Pat. nicht den leisesten Druck daselbst zu ertragen vermochte. Dazu gesellten sich nächtliche Anfälle von Somnambulismus, Irrereden, krampfhaftem Zusammenschnüren der Kehle mit Erstickungsnoth. Bei entsprechender Pflege im elterlichen Hause milderten sich diese Zufälle. 1870 konnte Pat. wieder zur Truppe gehen. Er war im Allgemeinen berufsfähig, litt aber noch zeitweise an heftigem Kopfschmerz, wurde auffallend reizbar bis zur Stutzigkeit und zog sich dadurch mannigfache dienstliche Unannehmlichkeiten zu. Auch kam es zu häufigen Congestionen zum Gehirn und vertrug Z. keine geistigen Getränke mehr.

1872 stürzte Z. neuerlich vom Pferd. Als unmittelbare Folge Schwindel, Kopftaumel und 14tägiges Kranksein. In der Folge zeitweise Kopfschmerz, Schwindel, grosse Gemüthsreizbarkeit.

Im Sommer 1873 trat bei grosser Hitze nach dem Exerciren während des Mittagsmahls unter Kopfschmerz, Schwindel und Uebelkeit ein mehrstündiges schreckhaftes Delirium ein, aus welchem Z. mit nur höchst summarischer Erinnerung zu sich kam. In der folgenden Zeit viel Kopfweh, nächtliche Beklemmungen, Wandelbarkeit der Stimmung, insofern Heiterkeit und Reizbarkeit mit Trübsinn und Apathie wechselten. Der krankhafte Jähzorn steigerte sich bedenklich. Pat. konnte seinen Diener aus geringfügiger Ursache prügeln und gleich darauf darüber weinen, dass er sich so weit vergessen hatte.

Schon vor Jahresfrist kam Z. seiner Umgebung durch unmotivirten Stimmungswechsel sonderbar vor. Er ging aus heiterer Gesellschaft

plötzlich fort, eigenthümlich gedrückt, ohne sich zu verabschieden. Er besuchte Bekannte zu Zeiten täglich, dann kam er wieder Monate lang nicht. Zuweilen verlor er den Faden des Gesprächs und konnte sich gar nicht mehr entsinnen, was er sagen wollte. Um jene Zeit kam auch einmal Bettnässen im „Traum“ vor.

Nach einem Manöver im Sommer 1874 exacerbirte der Kopfschmerz so heftig, dass ärztliche Hilfe gesucht werden musste. In den letzten Monaten dieses Jahres traten wieder Angstanfälle mit schnürendem Gefühl im Hals und Druck in den Präcordien auf. Z. war unaufgelegt zum Beruf, trieb sich an öffentlichen Orten herum, contrahirte massenhaft Schulden, wurde nachlässig, vergesslich, klagte selbst über Gedächtnissabnahme. Wegen unbeachtet gelassener Befehle, Unverlässlichkeit in seinen Rapporten, Nachlässigkeit und Renitenz im Dienst zog er sich dienstliche Rügen zu. Zu jener Zeit traten auch wieder Erscheinungen von Schlafwandeln auf. Pat. war oft Morgens erstaunt über das veränderte, ihm unerklärliche Arrangement seines Zimmers.

Im Januar 1875 stellte sich eine länger dauernde Bewusstseinsstörung ein, die sich mit Hallucinationen, Delirien und ganz impulsiven, traumhaften Handlungen complicirte und nur eine ganz dämmerhafte Erinnerung für die in diesem Zeitabschnitt fallenden Ereignisse hinterliess.

Genau lässt sich der Beginn dieser Krankheitsperiode nicht fixiren. Schon einige Zeit vorher war Pat. seinen Eltern durch den religiös-schwärmerischen Inhalt seiner Briefe, durch eine mit Hast und gegen den Willen seiner Eltern betriebene Heirath, seinen Hang zum Grossthun, die vergessene und deshalb unterlassene Gratulation zu einem Familienfest auffällig geworden.

Vom 17. Januar ab war Pat. auffallend vergesslich geworden und hatte sich durch unterlassene Ausführung von Befehlen Unannehmlichkeiten zugezogen.

Am 26. meldete er sich krank wegen einer Muskelzerrung. Der Arzt fand ihn geistig abnorm und fürchtete den Ausbruch eines „Delirium tremens“.

Vom Januar und Februar liegen 3 Kutscherrechnungen vor über Fahrten, die Pat. gemacht hat. Die eine lautet von 9 Uhr Abends bis 4 Uhr früh, die andere von 11 Uhr Abends bis 3 Uhr Morgens, die 3. von 11 Uhr Abends bis früh 4 Uhr. Pat. erinnert sich nur ganz traumhaft an eine dieser ganz unmotivirt unternommenen nächtlichen Spazierfahrten — er weiss weder, wo er herumkutschirt ist, noch ob er den Kutscher bezahlt hat.

Am 28. Januar verpfändete Pat. seine Pferde, darunter ein ära-

risches. Er war damals arg von Gläubigern bedrängt wegen contrahirter Schulden, unter denen sich einige befanden, von denen er gar nicht wusste, wie er dazu gekommen war.

Auch der Umstände der Pferdeverpfändung erinnert sich Pat. nur ganz traumhaft. Der Schuldschein sei ihm von einem wucherischen Wirth, der ihm gegen hohe Procente Geld geliehen hatte, dictirt worden. Er weiss nicht, was im Schuldbrief gestanden, er habe die fatale Geschichte von der Pferdeverpfändung erst Ende Februar von seinem Vater erfahren. Er weiss nicht, wieviel Geld er vom Wirth erhalten, ob der Wirth zu ihm gekommen, oder er zum Wirth gegangen sei. Ueberhaupt hat er von der ganzen Zeit von Mitte Januar bis zum 25. Februar nur eine ganz confuse Erinnerung. Er sei allmälig ganz betäubt worden, wenn er auch noch im Stande war, mit der Aussenwelt zu verkehren. Der Zustand habe mit confusem Lärm im Zimmer und Flimmern vor den Augen begonnen. Er habe sich etwa eine Woche lang im Zimmer eingeschlossen (Anfang Februar), ohne dass er wusste warum. Er weiss aus jener Zeit nur, dass er eine Menge Briefe schrieb, über deren Verbleib, Adresse, Versendung und Inhalt er keine Rechenschaft zu geben weiss. Er habe mit wahrer Wuth oft bis tief in die Nacht hinein geschrieben. Es kam ihm vor, dass er eine hohe Persönlichkeit erwarte, der er seine Aufwartung machen müsse.

Dass er mit dem Säbel dreinschlagen wollte, allerlei Verkehrtheiten machte, weiss er nur aus den Erzählungen Anderer.

Etwa am 8. Februar ist Z. einmal Nachts in ein Gasthaus gerathen und erwachte zu seinem nicht geringen Erstaunen am anderen Morgen in einem fremden Zimmer. Warum und wie er dorthin gerathen, bleibt ihm ein Räthsel.

In den letzten Tagen vor seiner Aufnahme ins Hospital ist er auch wiederholt im Theater gewesen. Er weiss weder was für ein Stück er dort gesehen, noch wie er dahin gekommen.

Bei der ärztlichen Exploration am 22. Februar befindet sich Z. in einem stuporartigen Dämmerzustand. Er ist kaum fähig zu Mittheilungen über sein Befinden. Mühsam erfährt man, dass er heftigen Kopfschmerz habe, ängstlich, appetitlos sei. Die Stelle des Vereinigungswinkels der Lambdanaht ist enorm schmerzhaft, selbst auf den leisesten Druck. Der Druckschmerz irradirt nach allen Seiten. Eine Narbe oder Knochenveränderung ist an dieser Stelle nicht constatirbar.

Der Gesichtsausdruck ist ängstlich, staunend, maskenartig starr. Pupillen mittelweit, träge reagirend. Carotiden- und Radialpuls klein, Arterie contrahirt, 84. Hände kühl, etwas livid. Herztöne matt.

Zunge dick belegt. Körpergewicht 61 Kilo, während Pat. früher 71 gewogen haben soll.

Der Schlaf schlecht, durch ängstliches Aufschrecken gestört. Unter Tags Schlafsucht, träumerisches Versunkensein, grosse Reizbarkeit und continuirlicher Kopfschmerz.

Am 25. Abends Anfall von klonischen allgemeinen Krämpfen mit Bewusstlosigkeit. Die Nacht über ab und zu Streckkrämpfe des Rumpfes, Zucken der Extremitäten und Frostschauer.

Am 26. Morgens ist der Stupor gewichen, Pat. ziemlich frei in Sensorium und Mimik, der Kopfschmerz gemässigt. Die Erinnerung für die Erlebnisse des Dämmerzustandes von Mitte Januar bis zum 25. Februar ist eine vage, höchst summarische.

Da die epileptische Natur des Leidens klar zu Tage lag, bekam Pat. 6,0 Bromkali täglich und kalte Abreibungen.

Bis zum 31. März ist Pat. ziemlich frei im Sensorium, aber schwer nervenleidend.

Sein Schlaf ist unruhig, von lebhaften schreckhaften Traumbildern durchwebt. Der Kopf schwer, eingenommen, schwindlich. Fast continuirlich leidet Pat. an einem dumpfen Kopfschmerz auf der Scheitelhöhe und in der rechten Schläfengegend. Er ist unfähig zu geistiger Beschäftigung, sehr gemüthsreizbar und vergesslich. Häufig Bangigkeit und Druckgefühle in den Präcordien. Bei jeder Gemüthsbewegung stellen sich prickelnde wuselnde Gefühle am ganzen Körper ein. In den Händen häufig Ameisenlaufen, Gefühl von Todtsein. Die Reflexerregbarkeit ist gesteigert, Pat. fährt bei Geräuschen zusammen, ab und zu Tremor der Hände, zuckende Stiche in den Extremitäten. Häufig Fluxionen zum Gehirn mit Flimmern vor den Augen, erschwertem Denken bei Kältegefühl, Frostschauer und Cyanose an den Extremitäten. Grosse Mattigkeit und Muskelschwäche bei objectiv intacter Muskelkraft. Zeitweise Gefühl von Schwere der Zunge und erschwertem Sprechen. Das Körpergewicht sinkt auf 59 Kilo. Der Puls andauernd klein, celer, contrahirt, 90—96.

Am 31. März stellte sich ein rauschartiger Betäubungszustand ein. Pat. empfindet Schwindel, das Gesichtsfeld ist verschleiert, Geruchs- und Geschmacksempfindung bedeutend herabgesetzt. Klagen über reifartiges Gefühl um den Kopf.

Am 6. April wird Pat. mimisch freier, sicherer in den Bewegungen, der Puls voll, die Arterie weicher; die Beschwerden sind, bis auf das reifartige Druckgefühl um den Kopf, geschwunden. Pat. besitzt nur eine ganz summarische Erinnerung für die Erlebnisse der letzten Woche.

Er fühlte sich ziemlich wohl bis Anfang Mai, wo Pat. in einen mehrstündigen Dämmerzustand verfiel, in welchem er im Halbschlummer dalag und vor sich hinmurmelte. Für diesen Zustand vollständige Amnesie. Seitdem Hände wieder kalt, leicht cyanotisch. Gefühle, wie wenn der ganze Kopf in einem Eisbeutel stecke. Morgens fühlt sich Pat. jeweils matt, betäubt, schwer im Kopf. Wiederholt werden nächtliche Anfälle von Aufschrecken mit Erstickungsnoth constatirt. Der Schlaf ist schlecht, von ängstlichen Träumen gestört. Pat. klagt häufiger über Kopfweh, ist wieder sehr reizbar, gedächtnissschwach.

Ende Juni verlieren sich wieder diese Erscheinungen. Der Juli verläuft gut. Pat. erholt sich geistig und körperlich bis zum 29. Juli, an welchem Tage nach Genuss von Bier und einer Gemüthsbewegung ein genuiner epileptischer Anfall mit postepileptischem, ängstlichem mehrstündigem Delirium und nachfolgendem 1tägigem Stupor auftritt.

Pat. wird auf's Land zur ferneren Pflege geschickt und die Beobachtung geschlossen.

Gutachten.

1. Herr Z. leidet seit dem Jahre 1869 an einer schweren Hirnkrankheit.
2. Dieselbe ist die directe Folge einer gelegentlich eines Sturzes vom Pferd erlittenen Läsion des Gehirns.
3. Die Krankheit des Patienten lässt sich als epileptische bezeichnen.
4. Die mannichfachen nervösen und psychischen Störungen, welche seit 1869 an Herrn Z. constatirt wurden, gehören sämmtlich dem Krankheitsbild der Epilepsie an und erweisen sich durch Entwickelung und Verlauf als empirisch wahre.
5. Die unmittelbare Folge des Gehirninsults waren die Erscheinungen einer Gehirnerschütterung (Bewusstlosigkeit, Schwindel), die locale ein auf die Stelle des Trauma beschränkter Kopfschmerz, der sich bis zur Stunde als fortbestehend erweisen lässt.

   Die ersten Zeichen der epileptischen Neurose bestanden in Anfällen von Somnambulismus, Irrereden und Schlundkrämpfen, an deren Stelle später solche von Delirium (1873), Angst, momentaner Bewusstlosigkeit, Stupor mit Delirien und impulsiven Handlungen traten, bis endlich das paroxysmelle Bild der Krankheit durch am 25. Februar 1875 aufgetretene convulsive Paroxysmen sich vervollständigte.

   Auf wahrscheinlich schon früher dagewesene ähnliche Anfälle deutet das einmal 1874 vorgekommene Bettnässen.

Als intervalläre Symptome der Krankheit ergeben sich Reizbarkeit bis zu Ausbrüchen von Jähzorn (Prügelung des Dieners), grundloser Stimmungswechsel, Congestionen zum Gehirn, Intoleranz für spirituöse Getränke und Kopfweh. In neuerer Zeit haben sich auch Gedächtnissschwäche und Charakterveränderung eingestellt.

6. Von Mitte Januar bis 25. Februar 1875 befand sich Herr Z. in einem Zustand von Stupor mit zeitweisem Delirium.

Die epileptische Natur dieses Zustandes von Sinnesverwirrung ergiebt sich klar aus der theilweise fehlenden oder nur ganz summarischen Erinnerung des Kranken für diese Krankheitsperiode, den impulsiven Handlungen (nächtliche Spazierfahrten, Uebernachten im Gasthaus u. s. w.), sowie aus den Anfall aurаartig einleitenden Sinnestäuschungen (confuser Lärm, Flimmern vor den Augen), der stuporartigen Bewusstseinsstörung, die indessen noch einen traumartigen Verkehr mit der Aussenwelt zuliess, endlich aus dem Abschluss des paroxysmellen Krankheitsbildes durch einen epileptischen Insult.

7. Die Verpfändung der Pferde, welche am 28. Januar stattfand, fällt in die Zeit dieses stuporartigen Traumzustandes. Die fehlende Erinnerung für die Details dieses Geldgeschäftes beweist an und für sich schon, dass es in einem psychisch-krankhaften Zustand unternommen wurde. Die vor- und nachher beobachteten Erscheinungen einer Sinnesverwirrung, wie sie bei Epileptikern ganz gewöhnlich ist, lassen keinen Zweifel zu, dass Herr Z. damals psychisch krank war.

8. Obwohl der Kranke in der Zeit von Mitte Januar bis Ende Februar im Stande war, mit der Aussenwelt zu verkehren, war er dennoch des Selbstbewusstseins verlustig und ausser Stande, die Bedeutung seiner traumartig vollzogenen Handlungen zu erkennen.

Er kann deshalb weder moralisch noch rechtlich für dieselben verantwortlich gemacht, noch kann etwa in diesem Zustand von ihm eingegangenen Verbindlichkeiten irgend eine rechtliche Geltung zuerkannt werden.

9. Die Krankheit des Herrn Z. muss als eine schwere, indessen nicht unheilbare erklärt werden.

10. Es ist unerlässlich, dass derselbe für längere Zeit von seinen dienstlichen Verpflichtungen entbunden wird und sich einer voraussichtlich mehrmonatlichen ärztlichen Behandlung unterwirft.

Auf Grund dieses Gutachtens wurde von disciplinären Schritten gegen Z. abgestanden und ein mehrmonatlicher Urlaub bewilligt.

Im November präsentirte sich Z. der explorirenden Commission völlig wiederhergestellt. Er ist körperlich vollkommen wohl, geistig wieder die alte Persönlichkeit, vollkommen leistungsfähig. Seit Ende Juli waren keine Symptome des schweren Nervenleidens mehr zu constatiren. Z. wurde reactivirt und blieb gesund.

Dritter Aufsatz

(1898).

Die klinische Betrachtung und Beurtheilung der Dämmer- und Traumzustände hat von der Thatsache auszugehen, dass sie Reactionserscheinungen des Bewusstseinsorgans auf unbekannte Veränderungen desselben darstellen, die bei verschiedenen functionellen und organischen Erkrankungen des Centralnervensystems episodisch vorkommen können.

Dämmer- und Traumzustand stellen offenbar nur Gradstufen gestörten Bewusstseins dar, scheinen qualitativ nicht wesentlich unterschieden und können jederzeit in einander übergehen.

Sie lassen sich phänomenologisch den noch physiologischen Zuständen des Halbschlafes und des Traumes zur Seite stellen.

Ob es je dazu kommen mag ihre anatomischen Grundlagen zu ergründen, muss dahingestellt bleiben.

Für die klinische Forschung erscheint es immerhin erreichbar, festzustellen, unter welchen Bedingungen es zur Entstehung von Dämmer- und Traumzuständen kommen kann, woraus sich dann diagnostische Rückschlüsse ergeben.

Als Griesinger[1]) in seinem Archiv I p. 320 in einem Aufsatz über „einige epileptoide Zustände“ zuerst jener Erwähnung that, kannte man solche Traumzustände nur in einem noch zweifelhaften

---

1) Griesinger erwähnt das Vorkommen „hallucinatorischer Traumzustände“ und spricht die Ansicht aus, dass „das Gebiet dieser ganz unvollständigen und daher gar nicht selten verkannten epileptoiden Zustände noch weiter ausgedehnt werden muss und dass es bisher zum Theil wenig gekannte Krankheitszustände in sich aufzunehmen hat“. Leider blieb durch des Meisters jähen Tod die versprochene Schilderung dieser hallucinatorischen epileptoiden Traumzustände der Wissenschaft vorenthalten.

klinischen Zusammenhang mit Epilepsie. Daher ihre Bezeichnung als epileptoider.

Die Bezeichnung dieser Zustände als epilepsieähnlicher charakterisirt die Unzulänglichkeit unserer klinischen Kenntnisse hinsichtlich ihres Wesens und ihrer Bedeutung.

Die fortgeschrittene Erfahrung beweist, dass solche Zustände auch im Rahmen der Neurasthenie, der Hysterie, des Alkoholismus, der progressiven Paralyse und der Lues cerebralis vorkommen.

Daraus erwächst die Nöthigung, die klinische Kundgebung dieser Bewusstseinsstörungen auf der Grundlage dieser verschiedenen Grundkrankheiten zu ermitteln und eventuell klinische differenzirende Merkmale ausfindig zu machen.

Gelingt dies, so giebt es keine „epileptoiden" Dämmer- und Traumzustände mehr, sondern epileptische, hysterische, neurasthenische u. s. w. und ist die Möglichkeit gegeben, aus einem episodischen Symptomencomplex auf die Grundkrankheit einen Rückschluss zu machen.

Das Gelingen eines solchen Versuchs wäre nur unter der Voraussetzung möglich, dass, unbeschadet einer einheitlichen Veränderung m Bewusstseinsorgan als Grundlage dieser Zustände, dieser pathologische Reactionsmodus des Gehirns, durch im Spiel befindliche Neurose oder Gehirnkrankheit, besondere klinische Nuancen aufgeprägt bekäme.

Die im 1. Heft p. 50—64 dieser Abhandlungen gemachten Versuche, neurasthenische und epileptische Dämmer- und Traumzustände klinisch von einander zu differenziren, lassen einen solchen Versuch zwar schwierig, aber nicht aussichtslos erscheinen.

Gelänge es nicht differenzirende Merkmale in den Anfallsbildern aufzuweisen, so liessen sich nur das Gesammtkrankheitsbild, zunächst abgesehen von dem episodischen psychischen Insult, und ev. die Art und die Umstände, unter welchen diese episodischen Bilder einsetzen, zur Diagnose verwerthen.

Für die Diagnose der Grund- (neurose) krankheit erschwerend ist aber hinsichtlich der Epilepsie die thatsächliche Seltenheit gut charakterisirter epileptischer Anfälle in der Vorgeschichte solcher Fälle von Dämmer- und Traumzustand, die meist nur anamnestisch und aus Laienschilderung zu entnehmende Ermittlung solcher Insulte, wobei es kaum möglich sein wird, solche von Hysteria gravis und von genuiner Epilepsie auseinanderzuhalten.

Positive Stigmata einer bestimmten Neurose sind hier ebenfalls nur mit Vorsicht zu verwerthen, da sie das gleichzeitige Bestehen

einer anderen Neurose und deren ausschlaggebende Bedeutung für das concrete Zustandsbild nicht ausschliessen.

Bezüglich Hysterie ist es überdies möglich, dass solche Dämmer- und Traumzustände monosymptomatisch und dauernd als psychische Aequivalente von Hysteria gravis-Anfällen vorkommen können.

Bei Zuständen im Anschluss an einen alkoholischen Excess bleibt vielfach die Frage offen, ob jene die ausschliessliche Folge einer alkoholischen Intoxication sind oder mittelbar durch Alkoholepilepsie hervorgerufen.

Hinsichtlich der Umstände, unter welchen diese Dämmer- und Traumzustände einsetzen, scheint nicht unwichtig, dass die neurasthenischen immer durch palpable occasionelle Momente von cerebral erschöpfender Wirkung (Inanition, Surmenage, Agrypnie u. s. w.) zu Stande kommen, die hysterischen durch psychische Noxen (Affekt), die epileptischen spontan durch innere Vorgänge oder durch Alkohol u. a. mehr organisch wirkende Noxen.

Vorweg scheint es mir auch annehmbar, dass Stupor, wo immer er vorkommt, epilepsieverdächtig ist, nicht minder das Ausklingen von Delirien eines traumhaften Zustands durch einen Dämmerzustand.

Für das Studium und die eventuelle Verwerthung der paroxysmellen und speciell der psychischen Symptome erscheint die Gewinnung prägnanter Fälle von Dämmer- und Traumzustand auf sichergestellter neurotischer bezw. cerebraler Grundlage wünschenswerth.

Epileptische Dämmer- und Traumzustände.

Beob. 7. Am 11. 12. 1897 wurde ein etwa 18 jähriger Bursche auf einem öffentlichen Platz in Wien polizeilich beanstandet, da er durch sein Benehmen, Rufen, Gestikuliren Anstoss erregte. Er sprach unaufhörlich und ganz unverständlich, anscheinend in verschiedenen Sprachen, war zu keiner Antwort zu bringen und wollte beständig auf und davon.

Noch vor Eintreffen des Polizeiarztes wurde er von einem Krampfanfall befallen, der dem Wachmann als epileptischer imponirte.

Abends 8 Uhr in der Irrenabtheilung im Spital aufgenommen, war er ruhig, liess sich entkleiden, ging dann mit einer umgeschlagenen Bettdecke gravitätisch im Zimmer auf und ab und erklärte auf Fragen, er sei Kaiser Ludwig II., Kaiser von Deutschland, König von Preussen. Er sei hier im Burghof von London, sei geboren in Berlin, spreche aber nicht deutsch, sondern ungarisch, polnisch und böhmisch. Er nahm Nahrung, legte sich zu Bett, schlief ein und erwachte am 12. 12. früh 6 Uhr.

LABORATORY

Er hielt nun sofort eine Rede in einer Phantasiesprache, in welcher sich ungarische und polnische Elemente fanden. Es schien eine Anrede an das Volk zu sein. In derselben kamen oft die Worte: „Burghof, shoking, Carl Ludwig II.“ vor.

In überstürztem Redefluss setzte er durch Stunden seine Ansprache fort, dabei lebhaft gestikulirend.

In ein Gitterbett gebracht, rief er nach dem russischen Kaiser und nach einem Säbel, um sich zu befreien. Eine das Zimmer passirende Wärterin apostrophirte er als „Königin Victoria“. Eine Probe seines überstürzten verworrenen Gedankenganges ist folgende: „wie immer, Schwurnes und Brog, das ist stummheil, eins, zwei, das ist wisturic, mastur, ondaweg, schere, schwag, ster, pfui, Schweinstall, shoking, stowasing, kwengtohaul.“ Von 10—12 Uhr Vormittags Schlaf. Erwacht, ist er ruhiger, zugänglicher.

Pat. klein, gracil, blass, schlecht genährt. Cranium H. U. 515 mm, mit blasig aufgetriebenen Seitenwandbeinen, entschieden rachitisch. Zähne defect. Temperatur normal, Puls 80, vegetativ kein Befund. Er ist nach wie vor deutscher Kaiser Carl Ludwig mit Zunamen „Tudor“. Hier ist eine Militärkanzlei. Er möchte Leberknödelcaffee haben.

Heute ist Mittwoch 3. Juli 1826.

Er ist 15 Jahre alt, geboren 1812. Seine Schwester heisst Bertha, wohnt in Berlin und ist auch Königin von Deutschland. Pat. erinnert sich vom 1. 7. 97 ab 3 Wochen beim Kaiser von Oesterreich in Wien gewohnt zu haben. Von den jüngsten politischen Vorgängen in Oesterreich weiss er nichts. In die Schule ist er in Berlin gegangen. Es war nur eine Volksschule.

Er macht diese Angaben nur auf eindringliches Befragen, ganz affectlos, bemerkt nicht die Widersprüche in seinen Angaben, auch wenn man ihn darauf aufmerksam macht. Er wundert sich auch nicht, dass man ihn als König alles Mögliche ausfragt. Aufgefordert, seinen Namen zu schreiben, schreibt er H. . . . Max geb. in Berlinn, Spittelauerlände 6. XII.

Berlin hat 26 Bezirke: 1. Stadt, 2. Alsergrund, 3. Landstrasse, 4. untere Donau, 5. Rodengasse, 6. Margarethen u. s. w.

Neuerlich nach seinem Namen gefragt, erklärt er sich als Carl Ludwig, der Max H. sei sein Cousin.

Den Rest des Tages verdämmert Pat. Die Nacht vom 12/13. bringt er in tiefem Schlafe zu.

Am 13. weiss er sich in Wien, heisst anfangs „Srichta Vechte“, dann „Socranechticht auzamyela“, geräth wieder ins Reden, das augenscheinlich Englisch imitiren soll, hält Ansprachen wie am Vortag, ist

neuerlich deutscher Kaiser, im Burghof in London u. s. w. Nachmittags betet er andächtig und wiederholt in endloser Wiederkehr „Herr büsse für uns unsre Sünden und erhebe unsren Stand wieder".

Da Pat. Abends unruhig wird und nicht einschläft, erhält er Chloral, schläft die Nacht über gut und erwacht am 14. früh als Kaiser von Grossbrittanien, geb. in Krakau, 26 Jahre alt. Die Umgebung verkennt er als Fürsten u. s. w. Später ist er wieder deutscher Kaiser, im Burghof in Dresden.

Er ist heute ruhig, dämmerhaft. Seit man seinen Kopf gemessen hat, verlangt er öfters nach der ihm gestohlenen Krone. Er spricht heute fliessend deutsch.

Um 7 Uhr Abends wird Pat. lucid und er heisst Ladislaus Sorit, ist Friseur, kam vor 3 Wochen, um Stelle zu finden, nach Wien.

Seine Erinnerung bricht am 11. 12. auf einem Spaziergang in der Stadt ab. Seither Amnesie bis zum 14. Abends.

Seit 3 Jahren hatte er zeitweise „Ohnmachtsanfälle", verlor deshalb seine Stelle. Seit 1 Jahr schlechter Schlaf.

15. 12. Nach guter Chloralnacht orientirt im Grossen und Ganzen, aber dämmerhaft. Er beginnt bald wieder zu fabuliren von seiner Cousine Bertha, der Königin von England, von einem Aufenthalt in London vor Jahren, wo er mit Cavalieren jagte u. s. w.. Er hält Personen der Umgebung für Verwandte, Könige u. s. w. Gelegentlich fragt er den Wärter, ob er nicht die Mutter Gottes in ihrem rothen Gewande habe weggehen sehen.

Er ist Kaiser von Deutschland, von England und König von Polen. Kaiser Franz Josef ist sein Onkel.

Heute Abend 3 epileptische Anfälle mit postepilept. Verworrenheit, in welcher er ausschliesslich polnisch spricht.

Nach guter Chloralnacht ist er am 16. früh lucid, mit summarischer Erinnerung für die Erlebnisse des Vortags, bis Nachmittags 4 Uhr.

Von da ab Amnesie.

Er erinnert sich, dass er am 11. spazieren ging, plötzlich Kopfweh, Schwindel, Erbrechen bekam, von einem Polizisten fortgeführt wurde, dann ins Spital kam, eine schwarze Medicin (Chloral) erhielt. Nun bricht seine Erinnerung ab. Pat. noch recht dämmerhaft und sich selbst überlassen noch ab und zu in hallucinatorische Verwirrtheit gerathend.

Bis zum 19. Abends dann lucid, geordnet bis auf gelegentliche Personenverwechslung.

Am 19. Abends klassischer epileptischer Anfall, mit kurzer postepilept. Verwirrtheit.

Am 21. Abends epil. Insult. Nach guter Chloralnacht Wiedereinsetzen des früheren delirant verwirrten Zustandes.

So bis zum 27. 12. Nun dauernd lucid, mit Amnesie für die neuerliche Episode. Genesen entlassen am 1. 1. 1898.

Beob. 8. L., Buchbindergehülfe, 20 J., erschien am 8. 6. 1897 Morgens beim Staatsanwalt in Wien mit der Erklärung, er habe vor dem Thor des Landesgerichts einen Mord begangen. Er habe einen Mann umgebracht, weil dieser ihn verfolgt habe. Er lasse sich nicht einsperren, sondern nur aufhängen. Man möge ihn sofort justificiren. Ob denn der Galgen schon aufgerichtet sei?

Bei der Aufnahme in der psychiatrischen Klinik um 3 Uhr Nachmittags erscheint L. ruhig, ohne Zeichen von Angst oder Verwirrtheit, erkennt sofort, dass er hier in einem Spital sei, weiss aber keinen Grund dafür. Er macht einen dämmerhaften Eindruck, sein Gedankenablauf ist sichtlich erschwert. Er antwortet aber ganz geordnet auf Fragen und berichtet in zusammenhängender Darstellung Folgendes:

„Es war heute Nachts gegen 4 Uhr Morgens, als mich ein böser Traum weckte. Ich träumte, von einem Individuum mit gezücktem Messer verfolgt zu werden und ihm nicht entkommen zu können. Darüber erwacht, konnte ich mich jedoch nicht beruhigen, auch nicht mehr einschlafen, stand um 6 ½ Uhr auf und begab mich nach eingenommenem Frühstück an mein Geschäft, zu welchem der Weg über die Alserstrasse führt. Als ich auf die Strasse kam, sah ich, wie mein Traum angezeigt hatte, ein Individuum mit gezücktem Messer auf mich zutreten. Ich trachtete demselben aus dem Wege zu gehen, was mir aber nicht gelang. Endlich übermannte mich der Zorn. Ich sprang auf ihn zu, schlug ihn mit beiden Fäusten derart auf die Schläfe, dass er anscheinend todt zu Boden sank. Hierauf begab ich mich, verfolgt von dem Schimpfen der Leute, auf das nahe Landesgericht, wo ich mich selbst stellte. Von dem Weiteren weiss ich nichts."

Thatsächlich hat Pat. einen Erinnerungsdefect, der vom Eintritt ins Landesgericht bis zur Aufnahme in der Klinik reicht und etwa 7 Stunden umfasst.

Pat. glaubt es sei Montag der 7. Nachmittags. Er berichtet noch, dass er am Vorabend 2 Glas Bier getrunken habe, was ihm immer schlecht bekommen sei. Er klagt über Druck im Hinterkopf, an dem er schon öfters gelitten habe. Percussion daselbst ist leicht schmerzhaft. Stigmata hysteriae aut Neurastheniae sind nicht aufzufinden. Er ist kräftig gebaut, schlecht genährt. Der Schädel ist rachitisch,

leicht blasig aufgetrieben, Umfang 54.5. Mitten auf dem linken Os parietale findet sich eine 3 cm lange, 0.5 cm breite sagittal gestellte Narbe mit Knochenrinne, herrührend von einem Trauma im 4. Lebensjahre (Rissquetschwunde mit starkem Blutverlust, angeblich durch 2 Tage bewusstlos gewesen). Narbe nicht empfindlich. Das rechte Ohr kleiner als das linke. Pupillen mittelweit, prompt reagirend. Keine Gesichtsfeldseinschränkung. Kein Tremor. Negativer Befund von Seiten des Nervensystems. Vegetativ normal. Kein Fieber. Pat. verhält sich ruhig, affectlos, schläft gut, spricht spontan nichts, erscheint dämmerhaft, in sich concentrirt, schreckt, wenn angesprochen, leicht zusammen, antwortet prompt, hält an seinem Wahn fest, lässt sich nicht belehren, begreift nicht, warum er im Spital sei, da er ja als Mörder ins Landesgericht gehöre. Er erwartet affectlos seine Hinrichtung, schreibt geordnete Abschiedsbriefe an Eltern und Geschwister, worin er mittheilt, dass er am Fuss des Galgens stehe. „Blut will wieder Blut."

11. 6. Bisher unverändert. Heute nach guter Nacht verschlafenes Wesen, mangelnde Aufmerksamkeit, Klagen über diffusen Kopfschmerz, Flimmern vor den Augen. Kopf sehr druckempfindlich, rasche geistige Ermüdung beim Gespräch. Pat. theilt heute dem Arzt vertraulich mit, er werde morgen behaupten, er habe sich Alles nur eingebildet, damit man ihn aus dem Spital entlasse. Er sehe keine andere Möglichkeit, ins Landesgericht zu kommen.

Am 12. behauptet Pat. richtig, er habe Niemand ermordet. Auf die Frage „wann"? fällt er aber sofort aus der Rolle und giebt als Tag und Stunde des Mordes „Montag um 7 ½ früh" an.

Im Lauf des Tages zeigen sich aber offenbar Ansätze zu wirklicher Correctur des Wahns, Zweifel an der Richtigkeit der Angaben und Bestrebungen, einen Ausweg zu finden. So behauptet Pat. Nachmittags, das Ganze sei nur eine Sinnestäuschung gewesen, ein Anderer habe den Mord begangen, er habe nur zugeschaut und sei irrthümlich als der Schuldige arretirt worden.

Die Entgegnung, dass wenn all dies nur Einbildung gewesen, sein Geisteszustand hier noch längere Zeit untersucht werden müsse, erregt Pat. heftig. Er bekommt heftiges Kopfweh, wirft sich aufs Bett, springt nach einigen Minuten wieder auf, bekennt sich als Mörder und droht, wenn man ihn nicht entlasse, werde er sich selbst justificiren. Nach einer halben Stunde wird Pat. ruhig, meldet sich zu einer Besprechung, erklärt, er habe unter heftigem Kopfschmerz die ganze vermeintliche Mordscene inzwischen nochmals durchgemacht.

Plötzlich sei er sich darüber klar geworden, dass das Ganze nur ein in die Wirklichkeit übertragener Traum gewesen sei.

Der amnestische Zeitraum vom 8. Morgens 8 bis Nachmittags 3 Uhr ist nun ausgefüllt.

Pat. erinnert sich, wie man ihn dem Arzt im Landesgericht vorführte, wie ihn Polizeileute bewachten und er endlich ins Spital gebracht wurde.

Er ist nun ganz lucid, mimisch frei, nicht mehr gehemmt, glücklich darüber, dass er nur in einem bösen Traum befangen war.

Pat. von gesunden Eltern, selbst ganz gesund bis vor 2 Jahren, ein braver, fleissiger, solider Mensch. Ein Bruder war geistesgestört.

Pat. berichtet, dass er nach Sturz von einer Treppe Herbst 1895 eine schwere Commotio cerebri hatte. Zwei Tage später stürzte er unter Flimmern vor den Augen zusammen und blieb 5' bewusstlos. Seither Alkoholintoleranz, oft Flimmern vor den Augen mit diffusem Kopfschmerz, in der Dauer von 5' bis zu 6 h. Am 19. 4. 1897 hatte Pat. ohne greifbaren Anlass neuerlich 2 Anfälle von bewusstlosem Umstürzen mit prodromalem Augenflimmern gehabt.

Pat. wurde bis zum 18. 6. 1897 auf der Klinik behalten und beobachtet. Keine neurasthenischen Symptome, keine Masturbation. Ausser fast täglichen Anfällen von Cephalaea, gegen die Antipyrin wirksam war, bot Pat. bis zur Entlassung keine Krankheitssymptome mehr.

Beob. 9.[1]) Am 23. 8. 1878 wurde Josef Maier, Knecht, 40 Jahr alt, in völlig geistesverwirrtem Zustand auf der Strasse von der Sicherheitsbehörde aufgegriffen. Er faselte, er sei ein Wildschütz, habe Güter in Mexico. Bei der Aufnahme ist er im Bewusstsein tief gestört weiss nicht Namen noch Wohnort anzugeben. Er sei Wildschütz, Soldat bei der Marine, hält den Arzt für einen Oberlieutenant. Im Reinigungsbad füllt er den Mund mit Wasser und sagt ganz ruhig: „ich ertrinke". Nach seinem Namen befragt, sagt er: „K. K. Kriegsmarine". Pat. schlief Nachts nicht, behauptete am anderen Morgen, man habe ihn beständig geschimpft, bedroht, es habe Einer ihm den Kopf mit dem Säbel spalten wollen. Er habe Feuer gesehen, seine 6 Schiffe seien ihm verbrannt und ein Dorf in Flammen aufgegangen. Pat. bleibt tief verworren, seiner Lage unbewusst und delirant (Schiffe verbrannt, Lebensgefahr etc.) bis zum 27. Da schweigt das Delirium, Pat. ist bis zum 28. noch dämmerhaft und am 28. plötzlich lucid. Er weiss von allen Vorkommnissen seit dem 23. nur, dass er damals mit

1) Aus m. Lehrb. d. Psychiatrie. 1. Aufl. Bd. III. Beob. 80.

dem Brodwagen seines Herrn auf Kundschaft fuhr, dass er noch mehrere Kunden besuchte, Aerger bei einigen hatte, den ganzen Tag sich schon unwohl, benommen im Kopf fühlte. Ueber den Verbleib des (inzwischen aufgefundenen) Wagens wusste er absolut nichts anzugeben. Auch dem Herrn war er beim Fortfahren so curios vorgekommen.

Pat. hatte einen Säufer zum Vater, litt als kleines Kind an Convulsionen, später an ohnmachtartigen Anfällen (Schwindel, Angst, Umfallen), nach denen er sich ganz dumpf im Kopf fühlte. Bis auf die letzte Zeit habe er solche Anfälle gehabt. Klassische epileptische Insulte sind nicht festzustellen. Pat. soll äusserst jähzornig sein, intellectuelle Defecte bestehen nicht. Seine Stimmung ist häufig eine gedrückte, morose. Er äusserte wiederholt den Wunsch, von der Welt wegzukommen, da sein Kopf doch nie mehr gut werde. Pat. ist rhombocephal. Die Pupillen ungleich. Zunge ohne Narben. Die Beobachtung ergiebt bis zum 8. 10., an welchem Tage er entlassen wird, ausser wechselnder Stimmung, häufigem Kopfweh und Schwindel nichts Bemerkenswerthes.

Beob. 10. Sp., 34 J., gew. Jurist, später Schreiber, wurde am 23. 11. 1870 in der steierm. Landesirrenanstalt aufgenommen, weil er im Gasthof die Zeche schuldig blieb und als man ihn darum mahnte, behauptete, der Kronprinz zu sein. Aus der lückenhaften damaligen Krankengeschichte, aus der wichtige Theile in Verlust gerathen sind, lässt sich nur entnehmen, dass Sp. in einem dämmerhaften Zustand mit Intermissionen sich durch Jahre befand, eine träumerische Existenz bot, sich von der Aussenwelt abschloss, hie und da Andeutungen von Grössenwahn bot. Als ich Pat. am 12. 6. 1873 kennen lernte, befand er sich in einem Lucid. intervallum und gab befriedigende Anamnese.

Mutter war neuropathisch, Bruder Epileptiker. Schon in frühester Jugend entwickelte sich bei Pat. eine phantastisch romanhafte Geistesrichtung. Er war ein träumerischer Junge, las viel, interessirte sich nur für Religion und Weltgeschichte, hatte eine rege Phantasie, die oft mit ihm durchging und so lebhaft Lektüreeindrücke reproducirte, dass er Mühe hatte, zwischen Einbildung und Wirklichkeit zu unterscheiden. Vom 14. bis 24. Jahr grosse masturbatorische Excesse. Vom 21. Jahr ab Erscheinungen von Neurasthenie. 1863 Nachts aus einem Traum erwacht, hörte er eine Stimme „du bist eine Urkraft, bist Gott“. Er replicirte „wie kann das sein, das kann ich nicht zugeben“. Darauf antwortete es „wie kannst du daran zweifeln“.

Die Sonne ging gerade auf, da kam es ihm vor, dass gerade eine Schlacht in Polen geschlagen werde und er beten müsse, damit diese Schlacht gewonnen werde. Er kniete neben seinem Bette nieder und betete. Dann öffnete er seinen Kasten, fand darin ein Bild, unter dem geschrieben war „gegrüsset seist du Maria“ und „Franz Josef“. Es trieb ihn, dieses Bild an sich zu drücken. Es war lakirt und klebte an seiner Haut an. Das war ein Wunder. Von diesem Bild ging ein Wohlgeruch aus. Da erkannte er, dass er eine schöpferische Kraft sei.

Einige Wochen später, als er mit seinen Angehörigen zu Mittag ass, kam ihm plötzlich die Idee, es sei der jüngste Tag gekommen. Es fielen Sterne vom Himmel, Figuren erschienen, kleine Kinder „wie Würmer“ krochen auf dem Boden herum. Nun verdunkelte sich sein Gesichtsfeld und sein Bewusstsein schwand. Er erfuhr hinterher, dass er gezuckt und gezappelt habe, Schaum vor dem Mund hatte und man ihm aus Sorge, er könnte die Zunge zerbeissen, einen Löffel zwischen die Zähne brachte.

Ein solcher Anfall wiederholte sich 1865 und 1868. Seit dem ersten Insult will er anfangs seltener, später immer häufiger und länger in eigenthümliche Zustände von Umdämmerung gerathen sein, in welchen er sich gehoben, die Aussenwelt so kleinlich fühlte, sich wie ein Dichter vorkam und vermeinte, viel besser und genialer zu sein, als seine Lieblingsdichter Schiller und Goethe. Allmälig entwickelte sich in diesen Dämmerzuständen die Idee, sein Vater sei der Kaiser und er folgerichtig der Kronprinz.

Auf der Höhe solcher Delirien wandelte sich ihm die Aussenwelt entsprechend um. Er bemerkte, dass man ihn respectvoll grüsste, hielt die Anderen für seine Höflinge u. s. w. Dazwischen kamen wieder Zeiten des Zweifels, relativer Klarheit und Einsicht. Er kam sich verrückt vor und grübelte nach, wer er denn eigentlich sei. Die expansiven Delirien wurden immer mächtiger. Gleichwohl wahrte er den Schein geistiger Gesundheit und vermochte durch Jahre noch sich als Diurnist bei einem Advokaten zu behaupten.

Da er aber in seinem Wahn Kronprinz zu sein der Meinung war, er dürfe nur im ersten Gasthof speisen, kam er mit seinen bescheidenen Geldmitteln in Widerspruch.

Eine Zeitlang trat in seinen psychischen Ausnahmszuständen, statt des obigen, der Wahn auf, Enkel Pio nono's zu sein.

Eines Tags seien diese Wahnideen, ebenso plötzlich wie sie angeflogen waren, wieder von ihm gewichen. Der letzte Dämmerzustand habe fast ein Jahr bestanden. Jetzt klingen seine früheren Delirien

nur noch im Traume an. Er erkenne jetzt aber klar, dass es Täuschungen waren, er habe „doppelte Ohren und Augen“ gehabt. Er habe früher in einer „ideal verrückten“ Welt gelebt. Die ideale sei schöner gewesen als die wirkliche, er ziehe aber doch die Realität vor, denn sie sei gleichbedeutend mit geistiger Gesundheit.

Er müsse aber immer noch auf seiner Hut sein, denn von Zeit zu Zeit komme noch eine momentane Verfinsterung, sodass er in Gefahr stehe, in seinen Wahn zurückzusinken. Er fühle sich jetzt ganz wohl und komme sich wie neugeboren vor. Ausser constitutioneller Anämie fanden sich an Pat. keine körperlichen Störungen vor. Ich beschäftigte den mittellosen und schonungsbedürftigen Reconvalescenten in der Kanzlei, hatte so Gelegenheit ihn täglich zu sehen. Er war ein tüchtiger Scribent, bot niemals mehr Entgleisungen in das Gebiet der Delirien, blieb aber ein stiller, in sich verschlossener, träumerischer eigenartiger Mensch.

Am 21. 3. 1894 erschien in meiner Sprechstunde ein Herr, Kaufmann, 31 J. alt, verheirathet, dessen Krankheitsgeschichte in vieler Beziehung an den vorausgehenden Fall erinnert. Herr X klagte, dass er seit etwa 10 Jahren zeitweise von dem „dummen“ Wahn geplagt sei, er wäre Kaiser von Afrika. Er sei dabei in einer eigenthümlichen Geistesverfassung, dämmere herum, sei zu keiner Arbeit brauchbar, appercipire die Aussenwelt nur in ganz vagen Umrissen, sei ganz von der Kaiseridee und Ideen sein Reich zu regieren beherrscht, äusserlich dabei aber wenig auffällig, sodass er bisher unbeanstandet durchs Leben gekommen sei. Plötzlich komme er dann wieder zu sich, zur Wirklichkeit und habe dann nur höchst vage Erinnerung für das in diesen Dämmerzuständen Erlebte. Solche Anfälle kommen fast jede Woche, gehen regelmässig mit Kopfschmerz einher, sind sich typisch gleich und dauern selten länger als einige Tage.

Seit einigen Jahren habe er fast beständig intervallär Angstgefühle, die sich zuweilen zu einer förmlichen Angstkrise steigern. Dann ziehe es ihn geradezu ins Wasser. Dreimal sei er schon in solchem Zustand in die Donau gesprungen, aber im kalten Wasser sei er jeweils gleich wieder zu sich gekommen und sei ans Land geschwommen.

In der Familie des Pat. ist mehrfach Irrsinn und Selbstmord vorgekommen. Er ist submicrocephal (53.5 cm) und versichert, bis zum 12. Jahre viel an Convulsionen gelitten zu haben. Nachforschungen nach Epilepsie hatten ein negatives Resultat, jedoch standen mir nur die Angaben des Pat. und eine einmalige Consultation zur Verfügung. Dagegen war er in hohem Grade mit Neurasthenie behaftet. Ich gewann den Eindruck, einen Epileptiker vor mir zu haben und verordnete Brom.

Dämmer- und Traumzustände auf neurasthenischer Grundlage.

Hinsichtlich der Häufigkeit des Vorkommens stehen die neurasthenischen Dämmerzustände zunächst bei den epileptischen. Bei der grossen Zahl von bezüglichen Beobachtungen, [1]) die ich im 1. Hefte dieser Arbeiten veröffentlicht habe, kann ich mich hier auf einige wenige weitere Fälle, die klinisch interessant sind, beschränken. Trotz der ansehnlichen bereits vorliegenden Casuistik scheint es kaum möglich, schon jetzt aus dem Dämmer- oder Traumzustand als solchem die zu Grunde liegende Neurose zu erschliessen, bezw. zu einer differentiellen Diagnostik jenes Zustandes klinisch vorzudringen. Das Schwergewicht muss diagnostisch vorläufig auf Entstehung, Verlauf des Anfalls und die Begleiterscheinungen der betr. Neurose gelegt werden.

Dies gilt nicht bloss hinsichtlich der Unterscheidung neurasthenischer und epileptischer Zustände, die ich in Heft I p. 50—64 versucht habe, sondern auch hinsichtlich anderweitiger Kategorien von solchen Zuständen. Nur bei solchen hysterischer Provenienz kann die Diagnose mit einem Griff eventuell gemacht werden, indem der Dämmer- oder Traumzustand Aequivalent eines Hysteria gravis-Anfalls sein kann und durch Reizung einer hysterogenen resp. spasmogenen Zone plötzlich coupirt werden mag. Wie unsicher die differentielle Diagnose der Dämmerzustände noch ist, lehrt ein im Anschluss folgender Fall von Raymond, den ich bestimmt als solchen von neurasthenischem Gepräge ansprechen muss, während der erfahrene Autor ihn als „transitorische Hysterie“ und „dedoublement de la personnalité“ auffasst.

Beob. 11. L., 28 J., Eisengiesser, wurde am 7. 1. 1882 der psych. Klinik in Graz übergeben, weil er in ganz dämmerhafter Verfassung, mit augenscheinlichen Absichten sich umzubringen, am Fluss herumgeirrt sei.

Pat. ist bei der Aufnahme in einem Dämmerzustand. Er delirirt von einer Menge Ertrunkener, die er gesehen. Einen derselben habe er mit Stroh gerieben. Er sei wieder zu sich gekommen und habe ihn angepackt. Pat. verdeckt sich die Augen. Er dürfe nicht nach der Mauer schauen, weil da ein geschwärzter Mann stehe, der wie ein Eisenarbeiter aussehe und ihn seit gestern verfolge. Darüber in grosser Angst sei er planlos umhergeirrt, der Mann ihm immer nach. Da sei er in seiner Angst und Verzweiflung ans Wasser, um sich zu ertränken. Dort habe man ihn ergriffen und hieher gebracht.

1) Arbeiten Heft I. Beob. 1—4, 9—15, 17—25.

Pat. bleibt in diesem Zustand bis zum 9. 1., schläft etwas, wird mimisch freier, constatirt, dass der entsetzliche Mann nicht mehr da sei, sucht sich zu orientiren, glaubt aber nicht, dass das ein Spital sei. Zu Hause sei er freilich nicht. Er klagt Angst, Druck auf der Brust, Gefühl als ob der Kopf in einer Presse sei, wüsten Lärm.

Am 11., nach gut durchschlafener Nacht, ist Pat. ganz lucid und giebt ausführliche Anamnese.

Keine Heredität, keine Convulsionen in der Kindheit. War nie Potator. Vita sexualis geordnet. Pat. weit in der Welt herumgekommen, geschickter Arbeiter. 1880 Cholerine und später Intermittens. Seither intolerant gegen Alkohol, bei der anstrengenden Arbeit im Gusshaus, die er früher leicht ertragen, oft Kopfschmerz, Schwindel. Seither auch ab und zu grundlose Aengstlichkeit, aber ohne Bewusstseinstrübung.

Seit Dec. 1881 regelmässig schwere Träume, meist von Feuersbrunst, oft so lebhaft, dass er aufgeschreckt ans Fenster eilte und noch Feuerschein zu sehen vermeinte.

Seit Weihnacht Ueberanstrengung durch schwere Arbeit, dazu viel Aerger. Er fühlte sich immer schwächer, zitterte leicht, schwitzte selbst bei kühler Temperatur, war Morgens beim Aufstehen ganz matt und müde, hatte heftigen Kopfdruck. Am 31. 12. 1881 grosse Gemüthsbewegung.

Von da ab elende Nächte, mit Träumen von Flug durch die Luft, Sturz in Abgründe. Unter Tags kaum mehr arbeitsfähig, quälender Kopfdruck permanent, Aengstlichkeit, Gedankenhemmung, unfähig zu geordnetem Gespräch.

Am 6. früh hielt er es in der Stube nicht mehr aus. Er sei fortgelaufen in die Stadt, planlos. Er erinnert sich dunkel an endloses Herumwandern in den Strassen, an eine Nachmittagsvorstellung im Theater, aus der er aber wegen Schwindel und Kopfschmerz fort musste, an einen Aufenthalt in einem Wirthshaus, an einen Militärleichenzug, an die plötzlich aufgetauchte und ganz unmotivirte Idee, nach Wien zu fahren und an sein Erscheinen im Bahnhof. Wo er nächtigte, weiss er nicht sicher.

Am 8. früh beginnt ein Erinnerungsdefect, der die ganze hallucinatorische Periode umfasst, bis zum 9. andauert und nicht mehr ausgefüllt werden kann.

Pat. bietet in der Folge noch neurasthenische Beschwerden, erholt sich unter guter Ernährung und Nachhülfe für seinen schlechten Schlaf rasch und wird am 28. 1. 1882 psychisch ganz normal und quoad Neurastheniam sehr gebessert, aus dem Spital entlassen. Irgend welche Hinweise auf eine epileptische Neurose hatte Pat. nie geboten.

Neurasthenischer Dämmerzustand, dann Simulation.

Beob. 12. Am 29. 10. 1896 gelangte der gew. Beamte S., 25 J., led., zur Aufnahme auf der psychiatr. Klinik. Seine Mutter und eine jüngere Schwester sollen sehr nervös und aufgeregt sein. Pat. war von Kindesbeinen auf sonderbar. So geschah es, dass er als Schulknabe andere Kinder zu Wagenpartien einlud, ohne Motiv und ohne Geld. Bei Ausflügen absentirte er sich ohne Grund und ohne es mitzutheilen. Die Notizbücher seiner Geschwister beschmierte er oft ohne Zweck.

Er war nicht unbegabt, soll beim Militärdienst eine acute Erkrankung gehabt haben, dabei epileptische Anfälle, und wegen eines zurückgebliebenen Herzklappenfehlers superarbitrirt worden sein.

Er wurde dann im öffentlichen Dienst angestellt, quittirte vor 1 Jahr, weil ihm von seiner Geliebten ein besserer Posten in Aussicht gestellt wurde.

Von jeher nervös und reizbar, war Pat. im Lauf des Jahres 1896 es noch mehr und deutlich neurasthenisch geworden.

Ende Mai hatte er ein Clavier auf Ratenzahlung gekauft und es in demselben Stadtbezirk an einen anderen Clavierhändler weiterverkauft. Es war dies umso auffälliger, weil die Träger beider Clavierhändler dieselben waren und seine fraudulöse Handlung sofort herauskommen musste.

Er wurde dafür mit 1 Monat Arrest bestraft und hatte seine Strafe am 29. 10. 1896 antreten sollen.

Seit Anfang October war er zunehmend reizbar und erregt geworden, hatte wiederholt Auftritte mit seiner Mutter gehabt, die ihn vergesslich, episodisch sogar verworren fand, klagend über einen Mann, der ihn verfolge.

Am 21. 10., nach einem heftigen Auftritt mit der Mutter, war S. fortgegangen und nicht mehr heimgekommen.

Am 28. 10. sah ihn die Mutter wieder auf dem Polizeicommissariat, wohin ihn zwei Freunde geführt hatten, weil er seit einigen Tagen über Schlaflosigkeit und Druck im Hinterkopf klage, mehrere Morphiumpulver auf einmal habe nehmen wollen, missmuthig, verschlossen sei und sich von einem Manne bedroht und verfolgt wähne.

Mit der Mutter confrontirt, erkennt er sie nicht, ist aufgeregt, verwirrt, bittet den Polizeicommissär um Schutz vor einem Mann, der ihm überall mit einem Messer auflauere. Er scheint unter der Einwirkung von Alkohol, fährt wiederholt erschreckt zusammen, ist ganz desorientirt, klagt über Kopfdruck und wird am 29. früh $12^1/_2$ auf die

Klinik gebracht. Er ist ruhig, wundert sich aber nicht über seinen neuen Aufenthalt und schläft bald ein.

Er ist am 29. früh nach gut durchschlafener Nacht örtlich orientirt, zeitlich um einen Tag zurück, wundert sich darüber im Krankenhause zu sein; er erinnert sich an keine Erlebnisse seit dem 26. 10. Nachmittags bis zum Erwachen am 29. im Spital, behauptet, unter heftigem Kopfschmerz in einen Ausnahmszustand gerathen zu sein. Er sei seit dem 21. 10. verfolgt von einem Mann in dunkler Kleidung, der ihm mit tiefer Stimme gedroht habe.

Dieser selbe Mann habe ihn schon 1893 durch 8 Tage verfolgt, später noch einmal, jetzt zum 3. Mal.

Er giebt zu, seit längerer Zeit 3—4 Krügel Bier und 3—4 Tassen Thee mit Rum täglich getrunken zu haben.

Pat. ist leicht dämmerhaft, Miene verschleiert. Klagen über heftigen stechenden Kopfschmerz.

Gross, mager, gracil, Schädel asymmetrisch, Cf. 55. Ohren leicht degenerativ. Kopf auf Percussion schmerzhaft, Wirbelsäule leicht druckempfindlich. Ausser feinwelligem Zungentremor kein Zittern. Keine Zeichen von Alkoholismus. Pupillen mittelweit, gleich, von sehr prompter Reaction. Tiefe Reflexe an OE. und UE. sehr lebhaft. Mitralinsufficienz. Residuen einer Pericarditis. Harn eiweiss- und zuckerfrei.

Pat. isst und schläft die folgenden Tage gut. Er ist geordnet, aber leicht gehemmt, schwer besinnlich, in seiner Zeitrechnung constant um 1 Tag zurück. Er klagt andauernd Kopfdruck, schätzt am 2. 11. seine Anwesenheit in der Klinik auf 14 Tage, localisirt schlecht in der Vergangenheit, bleibt amnestisch für die Zeit vom 26.—29. 10. Sonderbares Schwanken der Erinnerung für weitab hinter der Krankheitsperiode liegende Ereignisse. So weiss er z. B. am 2. 11. nichts von Crimen und Strafe, während er am 31. 10. sich dessen erinnerte.

Am 4. 11. weiss er nur von den Erlebnissen des 3. und 2. 11., nicht aber von den weiter zurückliegenden Tagen und seiner Verurtheilung.

Pat. klagt noch andauernd Kopfschmerz und Abgeschlagenheit.

Das Benehmen des Pat. wird der Simulation verdächtig. Dass er vom 26.—29. 10. in einem neurasthenischen Dämmerzustand gewesen ist und noch jetzt Spuren von Neurasthenie bietet, kann keinem Zweifel begegnen, aber das beständige Schwanken seiner Erinnerungsdefecte in ihrer zeitlichen Begrenzung, seine angebliche Amnesie für sein Delikt im Juli und die Verurtheilung im August waren bei dem doch vor dem 21. und seit dem 29. October nicht psychisch krank Ge-

wesenen nicht erklärbar. Es war auch auffallend, dass Pat. bei der Visite jeweils still, gedrückt war, über Kopfweh klagte und sich auf den Schwerkranken herausspielte, während er in Abwesenheit der Aerzte das grosse Wort führte, bramarbasirte, die Anderen terrorisirte und ein eifriger Kartenspieler war.

Am 25. 11. theilte ein Mitpatient vertraulich mit, dass S. ihm gesagt habe, er halte die Aerzte zum besten, simulire nur sein Leiden, um dadurch der über ihn verhängten Strafe zu entgehen. Als man ihn einige Tage später mitten in einer lustigen Gesellschaft ausgelassen trifft und ihm den Contrast seines Benehmens während der Visite vorhält, wird er verlegen und redet sich damit aus, er fühle sich seit heute genesen und deswegen so aufgeräumt. Er weiss nach wie vor nichts von Delict und Strafe, ist zeitlich nicht ganz orientirt und behauptet seit 8 Wochen (recte 5) hier zu sein.

S. wird als Simulant entlassen. Er begeht in der Folge mit einem anderen Gauner eine Reihe raffinirter Hochstaplereien, wird deshalb im Juli 1897 verhaftet und der verdienten Strafe zugeführt.

Beob. 13. Z., 30 J., kleiner Beamter in Nancy, stammt von einem Vater, der in seiner Jugend Nachtwandler war und einer geistesbeschränkten Mutter. Ein Bruder des Pat. war in seiner Jugend ebenfalls Nachtwandler und wurde später Säufer.

Pat. war von jeher emotiv. Mit 16 Jahren machte er über ungerechter Beschuldigung, einen Diebstahl begangen zu haben, einen pathologischen Affectzustand durch. Seit dem 17. Jahre schreckhafte Träume. Aufregende bewegte Existenz in der Folge. Mit 22 Jahren längere Zeit Malariaanfälle mit Delirium. Mit 24 Jahren Heirath. Baldiger Verlust der Frau. Mit 26 Jahren zweite, glückliche Ehe. Bescheidene aber sichere Stellung. In den letzten Jahren geistige Ueberanstrengung. Seit Januar 1895 Berufsneurasthenie des fleissigen soliden Mannes. Im gleichen Monat heftiger Shok, indem sein Bruder ihn irrthümlich in einem Briefe einer unehrenhaften Handlung beschuldigt und ihm mit einer gerichtlichen Anzeige gedroht hatte. Diese Anschuldigung war ihm seither beständig durch den Kopf gegangen. Gedanken an Polizei, Flucht hatten ihn im Traum und Wachen gequält. Dabei neurasthenische Gedächtnissschwäche und Kopfweh.

Am 3. 2. 1895 sass Pat. im Café. Er hatte (gegen seine Gewohnheit) mehrere „Bock“ und überdies ein Glas Wermuth getrunken. Es herrschte grosse Kälte. Er wollte heim zum Mittagessen. Da bekam er heftigen, schmerzhaft schnürenden Kopfdruck, und nun setzte ein Dämmerzustand ein, aus welchem er 8 Tage später, am 12. Februar Abends 11 Uhr in der Nähe von Brüssel, zunächst mit Amnesie für Alles inzwischen Vorgefallene sich wiederfand. Er sucht sich zu orientiren, was ihm endlich gelingt. Er reist nach Paris, ist dort noch dämmerhaft, hat Kopfdruck u. a. neurasthenische Beschwerden. Dort trifft er seinen Bruder, der ihm mittheilt, dass er ihn ungerecht im Januar einer unehrenhaften Handlung

beschuldigt habe. Von diesem Moment fühlt sich Pat. wieder klar und frei im Kopf. In den letzten Tagen vor diesem Zusichkommen hatte er im Traum Nachts Reden geführt, „gut, abgemacht", die man ihn im Selbstgespräch, unmittelbar ehe er in jenen Dämmerzustand verfallen war, hatte aussprechen hören. In seinen Bemühungen, den amnestischen Abschnitt des Anfalls aufzuhellen, fand Z. einen Zettel unter seinen Effecten, auf welchem ihm ein Unbekannter die Adresse einer Maison charitable in Brüssel aufgeschrieben hatte. Mit Hülfe dieses Zettels, bezw. der dadurch geweckten Associationen, gelang es Z., eine summarische Erinnerung für die Erlebnisse dieses Dämmerzustandes zu gewinnen. Er erinnerte sich nun nach dem Verlassen des Cafés am 3. 2. Mittags eine Frau in Trauer auf der Strasse getroffen und sich ihr angeschlossen zu haben. Er ging mit ihr in einen Gasthof, nächtigte mit ihr, schämte sich am anderen Morgen dieses Abenteuers und dass er die Bureaustunde versäumt habe, wurde ängstlich, ging auf die Bahn, löste ein Billet nach Luxemburg, von Furcht getrieben, fuhr planlos weiter nach Arlon, Brüssel, lebte dort in seinem Dämmerzustand unbeanstandet, weil richtig handelnd, hörte von Werbung von Soldaten für Holländisch-Indien, gedachte sich anwerben zu lassen, erinnerte sich seiner Frau, schrieb einen Brief an sie, zerriss ihn wieder, irrte in der Umgebung von Brüssel herum, fing an seinen Ausnahmszustand zu fühlen, suchte sich zu orientiren, was ihm endlich gelang.

Offenbar war der bereits schwer cerebrasthenische Z. am 3. 2. durch ungewohntes Trinken, Kälte in einen Dämmerzustand gerathen, in welchem die Herrschaft über bisher corrigirte Gedanken an Flucht verloren ging und diese sein traumhaftes Handeln bedingten. (Raymond, clinique des malad. du système nerveux. 1. Série 1896.)

Dämmer- und Traumzustände bei Hysterischen.

Beob. 14. Anna H., 14 J., wurde am 15. 8. 1896 in einem psychischen Ausnahmszustand auf der Strasse vorgefunden und auf die psychiatrische Klinik gebracht. Man findet sie ruhig, mit geschlossenen Augen im Bett. Angesprochen, wird sie unruhig, wirft die Kopfpolster herum und sagt gereizt „geh weg, du bist nicht meine Mutter, du hast mich verstossen, ich gehe in die Donau". Auf alle Fragen erhält man stereotyp diese Antwort. Endlich bekommt Pat. einen einige Minuten dauernden hysterischen Krampfanfall (epileptoide Phase). Sie ist in einer traumhaften Verfassung, reagirt nicht auf Nadelstiche, appercipirt nicht die Umgebung, grimassirt episodisch, reckt die Zunge heraus, knirscht mit den Zähnen, spricht gelegentlich vor sich hin „ich gehe nicht ins Arbeitshaus, ich gehe in die Donau, da komme ich zu meinem Vater". Pat. ist fieberlos, ohne Befund in den vegetativen Organen, reagirt nicht auf Druck in der Ovarialgegend, bietet beiderseits Fussklonus, ist schlaflos, in gereizter depressiver Verfassung, ganz unzugänglich. Am 20. früh, nach gut durchschlafener Nacht, ist sie

lucid, orientirt sich sofort, hat Amnesie für die Zeit vom 15. Abends bis zum 20. früh, glaubt sich am 16. Pat. stammt von einem Vater, der an „Gehirnerweichung“ gestorben sein soll, war gesund bis zum 14. früh, seit einem halben Jahre menstruirt, vertrug sich schlecht mit der Frau ihres Vormunds, bei dem sie wohnte, hatte von ihr wegen eines Vergehens am 14. früh eine Zurechtweisung und einen leichten Schlag auf den Kopf bekommen, war, darüber sehr erregt, zu einer bekannten Familie S. gegangen und hatte um Aufnahme gebeten, weil man sie daheim schlage. Sie klagte über Hunger, Schläge, Entbehrung des Schlafes, weil sie kleine Kinder warten musste, bekam aus Mitleid Obdach.

Am 14. Abends, als sie schon zu Bett lag, hatte sie zu phantasiren angefangen, das Bett durcheinander geworfen, die Umgebung verkannt, sich vor der Pflegemutter gefürchtet und die Absicht geäussert, in die Donau zu gehen. Nach einiger Zeit war sie ruhig geworden, eingeschlafen. Am 15. früh hatte die H. über Kopfweh geklagt, sich tief unglücklich gefühlt und war unter einem Vorwand fortgegangen, wobei ihr die S. noch einen Sonnenschirm liehen.

Sie lief über eine Stunde weit nach der Donau, unterliess den Selbstmord, weil sie angeblich der fremde Schirm genirte, dämmerte in den Strassen herum, gedachte den Tod auf den Schienen einer Eisenbahn zu suchen, schlief endlich auf der Strasse ein, wo sie von der Polizei aufgefunden wurde.

Pat. gracil, schlecht genährt, rachitisches Cranium von 52 cm Umfang. Nervenstatus normal. Keine Stigmata hysteriae. Menses verlaufen vom 23. 8. ab ohne Störung. Am 28. 8. genesen entlassen.

Neue Aufnahme am 11. 12. 1896 Abends. Wurde wegen auffälligen Benehmens auf der Strasse aufgegriffen. Bei der Ankunft schwere Bewusstseinsstörung, fehlende Apperception der Aussenwelt, ganz umgrenzter Ideenkreis, der sich um geplanten Ankauf von Gift dreht. „Ich weiss Alles, ich kaufe mir's, ich krieg's, ich gehe allein nach Hause.“

Pat. ist ganz absorbirt durch innere schmerzliche Vorgänge, absolut unzugänglich, fast beständig die obigen Sätze vor sich hinmurmelnd. Fast schlaflos, unerregbar durch äussere Reize.

Am 15. Abends kommt Pat. plötzlich wie aus einem Traum zu sich. Auch diesmal hatte ein Affect die Psychose ausgelöst. Am 4. war Pat. mit der früheren Pflegemutter auf der Strasse zusammengetroffen. Diese hatte ihr mit allerlei Schlimmem gedroht.

Im Anschluss Angst, Aufregung. Am 6. in menstruatione Cephalaea, Erbrechen, Drehschwindel. Von da an schlaflos, arbeitsunfähig. Taed. vitae.

Am 11. Entlassung aus ihrem Dienst, mit Auftrag sich ins Spital aufnehmen zu lassen. Sie erschien im Ambulatorium, war gedrückt, klagte Kopfweh, erhielt ein Recept. Unterstandslos, beschloss sie zu sterben. Sie ging in verschiedene Apotheken und begehrte Cyankali. Während dieser Suche nach Gift Einsetzen tiefer Bewusstseinsstörung mit fehlender Erinnerung für alles seither Vorgekommene.

Pat. in der Folge psychisch normal.

Am 1. 12. wird sie still, scheu, klagt diffusen Kopfschmerz. Abends Anfall von Hysteria gravis.

Am 2. nach gut durchschlafener Nacht neuerlich in tiefem Traumzustand. Endloses Selbstgespräch: „was, warum? sage es nur? wer will mir aufessen?“ Bei Druck auf das l. Ovarium cessirt das Delir und stellt sich Katochus in allen Extremitäten ein, der einige Minuten dauert.

Pat. ist nun partiell seelentaub und seelenblind, appercipirt eine Milchflasche nur, wenn man ihr mit dieser Flasche das Trinken vormacht, trinkt diese dann gierig aus. Lebhafte Beschäftigung mit Pat. bringt sie immer mehr aus ihrem Traumzustand heraus. Sie erkennt dann momentan einige Personen. Sich selbst überlassen, versinkt sie wieder in ihren deliranten Traumzustand. Durch Ovariendruck kann man das Delir sofort beseitigen und das Bewusstsein etwas aufhellen. Versuch einer Hypnose misslingt.

Am 5. 12. wird Pat. Abends plötzlich lucid. Sie glaubt es sei der 30. 11. Amnesie für die ganze Episode. Ausser l. Ovarie keine Stigmata hyst.

Ursache des letzten Anfalls war die Mittheilung eines Besuches, dass die früheren Pflegeeltern Böses gegen Pat. planten.

Anlässlich der Menses am 12. 12. Wiederholung dieses Anfalls bis zum 17. 12.

Seither Ovarie geschwunden. Keine Schwankung des psychischen Befindens mehr. Am 30. 12. genesen entlassen und gesund geblieben.

Beob. 15. Am 12. 2. 1897 Mittags hatte sich die 18jährige Spitalwärterin H. auf eine Stunde Urlaub erbeten, war aber nicht zurückgekehrt. Abends 9 Uhr erschien sie auf dem Polizeicommissariat mit der Selbstanzeige, sie habe ihren Vater K., Maler, mit Chloroform vergiftet, da er ihre Verehelichung mit Maler N. nicht habe zugeben wollen. Sie hatte eine mit Aeth. sulf. halbgefüllte Flasche in der Hand. Die Recherchen straften die H. Lügen, sie schien nicht geistig gesund und kam auf die Klinik. Sie verbrachte die Nacht auf den 13. schlaflos. Ich fand am 13. früh in ihr eine alte Bekannte vor, die

1894 durch Monate wegen schwerer Hysterie mit allen möglichen Anfällen bei uns in Behandlung gestanden hatte, endlich genesen und durch Jahre arbeitsfähig gewesen war.

Pat. war am 13. mimisch tief entstellt, starrte vor sich hin, reagirte nicht auf die Aussenwelt, erschien traumhaft verloren, analgetisch am ganzen Körper und bot keinen Skleralreflex. Allmählich gelingt es, mit ihr in Rapport zu treten. Sie kennt die Klinik und die Aerzte nicht, glaubt sich auf dem Friedhof an einem offenen Grabe. Sie ist ganz auf delirante Vorstellungen concentrirt und zeigt bedeutende Associationshemmung. Eine Kohlenkiste im Hörsaal der Klinik hält sie für den Sarg des ermordeten Vaters. Sie erwartet ganz affectlos ihre Hinrichtung. Es thut ihr nicht leid, den Mord begangen zu haben.

Am 13. lässt dieser Zustand traumhafter Hemmung etwas nach. Pat. findet sich im Spital wieder, aber im — Grabe. Sie hält fest am Wahn, vor 8 Tagen den Vater mit Chloroform umgebracht zu haben. Sie klagt Kopfweh (Clavus) und ist noch ganz dämmerhaft. Am 14. 2. wird sie rasch lucid. Sie glaubt sich am 11. Für die Zeit vom 10. bis 14. früh fehlt die Erinnerung. Der psychische Ausnahmszustand war durch Aufregungen wegen einer Liebesaffaire vermittelt. Es liess sich constatiren, dass in ihrem Delir Wahres und Falsches durcheinander geworfen waren. Ihr Vater war nicht vor 8 Tagen, sondern vor einigen Wochen gestorben und zwar eines natürlichen Todes. Ihr wirklicher Geliebter scheint allerdings ein Maler zu sein. In ihrem Delir hatte sie aber am 12. 2. zu einer Bekannten geäussert, Dr. X. sei ihr Geliebter gewesen und habe sie verlassen. Sie müsse sich an diesem Herrn rächen, man werde sie im Landesgericht wieder treffen. So lief ein früherer Arzt aus ihrem ersten Aufenthalt in der Klinik, der sich um sie angenommen hatte, Gefahr, ins Gerede der Leute zu kommen oder Opfer eines Attentats zu werden! Der Name, den sie anlässlich ihrer Selbstanzeige als den ihres Vaters angab, war der des Arztes der Krankenabtheilung, in welcher sie bedienstet gewesen war.

Sie selbst hatte geplant, sich mit Chloroform zu tödten und zwar weil sie ein böses Gewissen hatte, nämlich wegen Ausbleibens der Menses sich gravid glaubte, was aber nicht der Fall war.

Pat. hatte übrigens auch im luciden Zustand schon seit längerer Zeit durch pathologische Lügen und Schwindeleien sich auffällig gemacht. So hatte sie u. A. Bekannten gegenüber geäussert, dass sie ganz allein Operationen im Spital mache.

Pat. verblieb noch einige Wochen im Spital, in physiol. Depression

über vermeintliche Gravidität, die durch Wiederkehr der Menses schwand. Psychopathische Zustände wurden nicht mehr beobachtet.

Beob. 16. R., 22 J., Techniker, ging am 23. 9. 1895 von Hause fort unter Zurücklassung eines Briefes, in welchem er die Absicht äusserte, sich zu tödten. Auf diesem Todesweg erlitt er in der Umgebung von Wien am gleichen Tage einen Hysteria gravis-Anfall mit folgendem tobsuchtartigem Delir.

Nachdem sich dieser Anfall am 24. wiederholt hatte, brachte man Pat. auf die psychiatrische Klinik.

Wir fanden ihn am 25. früh verstört, im Bewusstsein tief getrübt, gehemmt, desorientirt, delirant. Auf alle Fragen bekam man nur die stereotype Antwort „Marie ist gestorben". Gelegentlich wendete er sich zu einem Bettnachbar und sagte „der nennt mich Grossherzog von Toscana, ich bin es aber nicht". Endlich nennt er seinen Namen, seinen Beruf „Stenographie", sein Alter „vingt deux". Im Uebrigen verharrt er apathisch, schweigsam, schlaflos in seinem Bette. Temperatur normal, vegetative Organe ohne Befund.

Keine Stigmata irgend welcher Neurose.

Am 27. 9. kommt Pat. plötzlich aus diesem Traumzustand heraus, mit Amnesie, die vom 23. bis dato reicht und auch das Schreiben des Briefes umfasst. Dem Ausbruch der Psychose ging einige Tage lang Kopfdruck voraus. Er klagt noch jetzt über Gefühl eines eisernen Reifs um den Kopf.

Der r. N. occipitalis und die untere Dorsalwirbelsäule sind druckempfindlich. Sonst leichte Hypästhesie und bedeutende Hypalgesie am ganzen Körper. Concentr. Gesichtsfeldeinschränkung.

Pat. entstammt einer schwer belasteten Familie. Er war von jeher nervös, emotiv, schreckhaft. Seit Mitte August, wo seine Geliebte an puerperalem Wahnsinn erkrankt war, schwere Emotionen, die wohl die Ursache seiner eigenen psychischen Erkrankung waren. Er hatte die Geliebte schon einige Tage post partum coitirt, diesem Umstand die Erkrankung derselben beigemessen, geglaubt sie werde sterben, sich also für ihren Mörder gehalten. Seither mehrere Hysteria gravis-Anfälle, die auch in der bis zum 6. 12. sich erstreckenden Beobachtungszeit massenhaft wiederkehrten.

Beob. 17. W., 16 J., Tabakverkäuferin, aus gesunder Familie, bisher gesund, war verfeindet seit längerer Zeit mit einer im gleichen Hause wohnenden Frauensperson, die aus Rache sie bei der Polizei wegen unsittlichen Lebenswandels angezeigt haben soll. Thatsächlich

wurde die W. ganz plötzlich und zu ihrer grossen Bestürzung am 11. 10. von der Polizei abgeholt, ärztlich untersucht, mit Gonorrhöe behaftet befunden und einer entsprechenden Abtheilung im Spital zugeführt. Dort am 12. aufgenommen, war Pat. sofort auffällig durch Aufregung, Unruhe, Desorientirtheit, gefährliche Drohungen, einen hysterieartigen klonischen Krampfanfall in den Extremitäten und wurde deshalb noch am gleichen Tage der psychiatrischen Klinik übergeben.

Sie erscheint daselbst im Bewusstsein schwer gestört, dämmertraumhaft, verkriecht sich angstvoll bei Annäherung der Aerzte, redet sie mit „Du" an und bittet ihr nichts zu thun. Sich selbst überlassen, fabulirt sie vor sich hin von ihrem vielen Gelde, erwartet ihre Mutter, um mit ihr nach Philippopel, Athen, Pistyan zu reisen. Ihr ganzes Denken ist auf diesen engen Vorstellungskreis concentrirt. Ihren Namen giebt sie mit „Marie, Edle von . . . ." an. Sie ist ruhig, affectlos, stiert vor sich hin, schläft wenig, nimmt die ihr vorgesetzte Nahrung, klagt heftigen Kopfdruck („Stein im Kopf"), bietet Hippus, sehr gesteigerten Patellarreflex. Die Dorsalwirbelsäule ist höchst druckempfindlich. Stigmata hysteriae sind nicht aufzufinden. Ganz traumhafter Bewusstseinszustand. Sie glaubt sich bei ihrer Tante, verkennt eine Mitpatientin als diese, einen der Aerzte als Mann jener Frau, glaubt sich seit 4 Monaten hier, datirt den 30. 1. 1892, nimmt keine Kritik an, ist förmlich gebannt in ihren traumhaften Ideenkreis, wiederholt endlos „fort muss ich, will meine Kleider, um 60 000 Gulden kaufe ich mir ein Haus, die Mutter geht mit, ich reise nach Philippopel, Athen, um 6 Uhr kommt die Mutter, um 9 Uhr geht der Zug". Verstörte, verworrene, affectlose Miene. Kein wirkliches Bestreben fortzukommen. Episodisch Idee, sie sei eingesperrt, unschuldig zu 48 Stunden Gefängniss verurtheilt. Beständig Klagen über den Kopf. Es sind Steine drin, Wasser, man hat es hier hineingeschüttet. Man drückt ihr den Kopf mit einer Maschine. In dieser traumhaften Verfassung verbleibt Pat. bis zum 23. 10. Der Wahn schwindet. Sie weiss sich in einem Krankenhause. Pat. bleibt aber dämmerhaft, sie hört vom 1. 11. ab öfter ihren Namen rufen, sich beschimpfen, drängt fort, um die Person, welche sie der Polizei denuncirt hat, tödten zu können. Sie wird hier zu Grunde gerichtet, der Kopf ihr mit Maschinen zusammengepresst. Ihre Mutter ist todt (obwohl sie täglich zum Besuch kommt).

Dieser Dämmerzustand reicht bis zum 8. 12. Pat. ist nun einige Tage lucid, corrigirt, hat nur ganz summarische Erinnerung. Nun entwickelt sich eine selbständige Melancholie mit Selbstanklagen theatralischen Gepräges. Sie hat leichtsinnig gelebt, ist die schlech-

teste Person auf dieser Welt, macht in ganz theatralischer Weise einen leichten Suicidversuch, damit das „schlechte Blut“ herauskommt. Nach wie vor keine Stigmata hysteriae. Versetzung in eine Irrenanstalt. Dort Genesung nach einigen Monaten. Im Sommer 1896 sehr activ in einem Weinrestaurant in „Venedig in Wien“.

Beob. 18. P., 26 J., gew. Krankenwärterin, ist hereditär schwer belastet, von jeher jähzornig, höchst emotiv, in ihrer Stimmung sehr labil, bald depressiv bis zu Taed. vitae, dann wieder ausgelassen. Menses mit 17 Jahren, jeweils mit Schmerzen, ohne gynäkologischen Befund. Ausser an Convulsionen als Kind und Typhus mit 21 Jahren nie schwer krank gewesen. Gegründeter Verdacht auf bestehende conträre Sexualempfindung. Seit der Pubertät häufig Weinkrämpfe. Wiederholt in den letzten Jahren pathologische Zornaffecte bis zu Toben und Suicidversuchen, mit Amnesie.

Erste Aufnahme in der Klinik im Anschluss an pathol. Affect, in dem sie sich Schnittwunden an den Armen zugefügt, einen Sprung durchs Fenster unternommen und dadurch complicirte Fractur beider Unterschenkel zugezogen hatte. Sie bot Clavus, Globus, l. Hemihyperästhesie und Ovarie, Stimmungswechsel, sah gelegentlich das Bett voll Schlangen.

Im Verlauf entwickelt sich Ataxie, die ziemlich hartnäckig ist. Am 6. Juni 1895 mit geringfügigen restirenden Gehstörungen entlassen.

Am 13. 6. 1895 wird Pat. Nachts 11 Uhr in schwerer Bewusstseinsstörung mit einem Fläschchen in der Hand auf der Strasse betroffen. Sie jammert über von ihr begangene Mordthaten, bezichtigt sich mehrerer Morde, die in den letzten Jahren in Wien vorgekommen sind. Sie habe auch ein grosses Tramwayunglück auf dem Gewissen, werde zur Strafe ihrer Sünden jetzt lebendig eingemauert. Man möge sie nicht lange leiden lassen. Die linke Hand ist roth gefärbt (Fuchsin?), riecht nach Phosphor. Die rothe Farbe ist Blut von ihren Mordthaten.

Keine Zeichen einer Vergiftung (Magenausspülung). An der Klinik theatralisch affectvolles Gebahren, Angst, Verzweiflung, Händeringen, Zittern am ganzen Körper, in Erwartung ihrer Verurtheilung.

Pat. schlaflos, aus ihrem deliranten Ideenkreise nicht ablenkbar, ganz unbeinflusst durch die Vorgänge in ihrer Umgebung, die von früher her bekannten Räumlichkeiten und Personen nicht erkennend.

In derart dämmerhaft-traumhafter Verfassung, ganz unzugänglich, fast gar nicht schlafend, verharrt Pat. bis zum 22. 6. An diesem Tage kommt sie plötzlich wie aus einem Traum zu sich, hat nur eine vage

Erinnerung von ausgestandener grosser Angst, ist aber im Uebrigen amnestisch. Ihre Erinnerung bricht am 13. 6. plötzlich ab. Sie weiss nur noch, dass sie an der Fronleichnamsfeier theilgenommen hat, gedrückt, besorgt wegen ihrer Zukunft war. Irgend eines ursächlichen Moments für den Anfall transitorischer Geistesstörung ist sie sich nicht bewusst. Pat. ist nun lucid, aber gedrückt, nervös. Am 26., 28. und 30. 6. tritt nochmals der frühere Ausnahmszustand auf, dauert aber nur einige Stunden und hinterlässt jeweils Amnesie. Von nun an gewinnt Pat. allmählich ihr relatives psychisches Gleichgewicht wieder und wird Ende Juli 1895 genesen entlassen.

Eine weitere und beachtenswerthe Möglichkeit für die Entstehung von Dämmer- und Traumzuständen bei Hysterischen ist die Leichtigkeit, mit welcher zahlreiche solche Kranke in Autohypnose gelangen. Dies geschieht spontan durch individuell wirksame Sinnesreize oder Vorstellungen, namentlich wenn die Patienten emotionirt sind, oder, mit der Sicherheit eines Experiments, sobald eine posthypnotische Suggestion zur Ausführung gelangt. In diesem Ausnahmszustand, der wieder verschiedene Modificationen bieten kann, ist ein sehr complicirtes Handeln auf eigenartiger, jedenfalls traumhafter Stufe möglich, indem im Rahmen des suggestiv erschlossenen Vorstellungskreises die Associationen ungestört stattfinden. In meiner „experimentellen Studie auf dem Gebiet des Hypnotismus“ 3. Aufl. sind diese Zustände eingehend studirt worden.

Ich verweise auf S. 7, 13 dieser Schrift (Diebstähle in Autohypnose), planloses Herumlaufen (S. 7, 14, 46), Selbstmordversuch (S. 39), Eintreten solcher Zustände mit der Leistung einer posthypnotischen Suggestion (S. 42—46).

Analoge Erfahrungen haben mitgetheilt: Pitres, leçons cliniques sur l'hystérie II p. 268; Proust, Bulletin méd. 1890 p. 107; Voisin, semaine médicale 1889. 10. August; Tissier, les aliénés voyageurs 1877.

Diagnostisch wichtig ist der Umstand, dass man auf hypnotischem Wege bei den betreffenden Individuen denselben Ausnahmszustand und damit das Gedächtniss für das in Autohypnose Erlebte hervorrufen kann. Ein solches Experiment beweist sicher die autohypnotische und damit hysterische Bedeutung eines Dämmer- und Traumzustandes.

Alkoholische Traumzustände.

Die nähere Kenntniss derselben verdankt man Crothers (the trance state in inebriety Hartford 1882), welcher nachwies, dass auch bei Trunksüchtigen Dämmer- und Traumzustände nach Art der epileptischen Aequivalente, bezw. des Somnambulismus vorkommen, Zustände, in welchen die Betreffenden anscheinend ganz bei sich sind, complicirte Handlungen vollziehen, aber, aus diesem Zustand zu sich gekommen, von allem Vorgefallenen nicht das Mindeste wissen.

In diesen Zuständen von einer Art Traumwachen werden die gewohnten Geschäfte besorgt oder auch dem gewöhnlichen Leben ganz fremde, selbst verbrecherische Handlungen begangen.

So theilt Crothers den Fall eines Eisenbahnconducteurs mit, der in solchem Zustand correct amtirte, aber von dem während desselben Ausgeführten sich keine Rechenschaft zu geben wusste.

Ein Anderer, ein Arzt, ging in seinen Anfällen, ganz gegen seine Gewohnheit und Denkweise, regelmässig in religiöse Meetings, hielt dort Reden, in welchen er sich als Sünder gerirte und Busse predigte.

Ein Weiterer, Jurist, machte regelmässig im Anfall sein Testament. Ein Lohnkutscher nahm fremde Pferde von der Strasse weg und führte sie in seinen Stall. In meinem Lehrbuch der gerichtl. Psychopathol. 3. Aufl. S. 199 findet sich ein der russischen Literatur entnommener interessanter Fall von Mord der Ehefrau in solchem alkoholischem Samnambulismus. Neuerliche Trunkexcesse scheinen der Wiederkehr solcher Trancezustände förderlich.

Die Frage, ob diese genuine alkoholische Zustände sind und nicht vielleicht hysterische oder epileptische Aequivalente (vermittelt durch Alkoholepilepsie) ist noch unentschieden.

Die beiden folgenden Fälle, aus meiner Erfahrung entnommen, sind geeignet, diese Dämmerzustände bei Potatoren zu illustriren.

Beob. 19. L., 39 J., Branntweinverschleisser, kam am 28. 8. 1894 aufs Polizeicommissariat und stellte sich als König Ottokar von Böhmen vor. Er war verwirrt, erregt, wurde noch an demselben Tage Abends der psych. Klinik übergeben. Er betrat sie lucid, berichtete, er sei am 28. Morgens seinem Beruf nachgegangen, habe um 9 Uhr 2 Gläschen Branntwein getrunken und wisse über alles seither bis zur Verbringung ins Spital Vorgefallene nicht das Mindeste. Er scheint den Tag über herumgedämmert zu sein.

Pat. bot bei der Aufnahme keine Zeichen von Trunkenheit. Er giebt zu und seine Frau bestätigt es, dass er Gewohnheitstrinker sei.

Bezüglich seiner curiosen Wahnidee weiss er nur mitzutheilen, dass er vor 15 Jahren durch 2 Monate Statist an einem Theater war, als solcher 14 Mal bei der Aufführung des bekannten Stückes von Grillparzer „König Ottokar's Glück und Ende" mitwirkte, welches Stück damals grossen Eindruck auf ihn gemacht habe.

Als Kind „Gehirnentzündung". Lernte erst mit 4 Jahren gehen. Keine Spuren von Rachitismus. Schädel normal. Geringe Zeichen von Alkoholismus. Nachforschungen bezüglich Epilepsie hatten ein gänzlich negatives Resultat. Entlassung.

2. Aufnahme 26. 6. 1896. Pat. erschien heute beim Polizeicommissariat in Begleitung seines 5jährigen Sohnes, stellte diesen als Kronprinz Ottokar, sich selbst als Kaiser von Mexico vor. Er sei gestern aus Mexico zurückgekehrt, habe unterwegs eine Schlacht mitgemacht und sei jetzt im Begriff, seinen Bruder, den Kaiser, in Schönbrunn, zu besuchen.

Auf der Klinik Abends am 26. aufgenommen, bot er Foetor alkoholicus, klagte Mattigkeit, verlangte zu Bett (sich offenbar in einem Hôtel glaubend) und bat, ihn als „Max, Kaiser von Mexico" ins Fremdenbuch einzutragen. Er erbrach sich dann noch, klagte Kopfweh, schlief ein, erwachte am 27. Morgens, war lucid und sehr erstaunt, sich im Spital zu befinden.

Er erinnert sich, am 26. im Gasthause Nachmittags Wein und Bier getrunken zu haben, dann viel Kümmel in einem Branntweinladen am . . . Platz. Dann sei er nach Hause gegangen. Für alle weiteren Ereignisse besitzt er auch nicht eine Spur von Erinnerung.

Auch diesmal gelingt kein Nachweis von Epilepsie, ebensowenig von einer anderen Neurose. Deutlicher Alkohol. chron. Seit $1^1/_2$ Jahren alkoholintolerant. Am 30. 6. 1896 genesen entlassen.

Beob. 20. W., 32 J., ledig, Polier, stammt von einem trunksüchtigen Vater. Von 16 Geschwistern des Pat. starben 9 in den ersten Lebensmonaten an Convulsionen, 1 an Selbstmord in Psychose, 2 an organischen Krankheiten. Von den 4 Lebenden sind 3 Trunkenbolde, einer an periodischem Irrsinn leidend!

W. hatte bis zu seinem 4. Jahre Convulsionen gehabt. Er war in der Folge nie schwer krank gewesen. Vom 16. Jahre ab wurde er ein Trunkenbold; in den letzten Jahren war er nie ganz nüchtern gewesen. Zahllose Abstrafungen wegen lebensgefährlicher Delicte und Eigenthumsvergehen.

Im Rausch pflegte W. ganz verkehrte Sachen zu machen. So stiess er sich Nadeln und Messer in die Hand, verbrannte sich die-

selbe mit Zündhölzern, verschlang Glasscherben, verschleppte Gegenstände, z. B. Pflastersteine, entkleidete sich u. s. w.

In solchem Zustand hatte er sich 1892 aus „Uebermuth“ die 11 m hohe Böschung an der Reichsbrücke in Wien herabgestürzt und schwere Contusionen davongetragen.

Am 12. 11. 1895 Abends entfernte sich W. angetrunken aus einem Gasthause, nahm ein auf dem Tische liegendes Küchenmesser mit, ging in die Wohnung seiner Geliebten, einer Prostituirten, stiess ihr ohne Motiv, ohne ein Wort zu sprechen, das Messer in den Leib, entfernte sich gelassen, und lief dann noch herumdämmernd umher, bis er nach 2 h. arretirt wurde. Im Polizeiarrest soll er kurz getobt haben. Auf der Klinik kam er ruhig, im Bewusstsein schwer gestört an. Zu Bett gebracht, schlief er gleich ein und erwachte am 13. früh mit Amnesie für alles seit dem Nachmittag des 12. Vorgefallene. Erstaunt, aber nicht erschreckt hörte der ethisch ganz verkommene Mensch, was passirt war. Er konnte sich sein Vergehen nicht enträthseln, da er im besten Einvernehmen mit seiner Concubine gelebt habe. Vielleicht habe er sich einen Jux machen wollen!

Gewöhnliches Bild eines Alkoholismus chronicus. Keine Nachweise von Epilepsie.

III.

UEBER TYPISCHE DELIRIEN BEI EPILEPTIKERN.

Ueber typische Delirien bei Epileptikern.

(„Gottnomenclatur und Majestätsdelir“ — Samt.)

Es wäre für die Diagnostik in der Psychiatrie eine grosse Erleichterung, wenn die Beobachtung bei gewissen mit Wahnbildung einhergehenden Krankheitszuständen typische Delirien auffinden könnte.

Sie würde damit praktisch auf eine Stufe gestellt mit der Syphilidologie und der Dermatologie, die aus in der Erfahrung sich als typisch erweisenden Hautveränderungen einen bestimmten Rückschluss auf die ursächliche Krankheit zu machen im Stande ist.

Ein solcher Gedanke schwebte schon Griesinger vor, als er (Arch. f. Psych. I p. 148) von Primordialdelirien sprach und diese „primären und congruenten Delirien“ mit den Farbendelirien bei Epileptikern verglich, deren etwaige visuelle Aura nur in wenigen Farbentönen (fast ausschliesslich roth) erscheine.

Gleichwie die visuelle Aura der Epileptiker die rothe Farbe bevorzugt (ich habe übrigens 1 Mal auch Abwechseln mit der complementären grünen gesehen), so scheint es auch typische Delirien bei diesen Kranken zu geben. Schon Skae (Journ. of mental science 1874) machte darauf aufmerksam, dass die Epileptiker häufig religiöse Hallucinationen haben und verwies in dieser Hinsicht auf Anna Leeds, welche durch ihre epilept. Hallucinationen die Sekte der Shakers, auf Swedenborg, dessen Delirien Sekten in Schweden und England, auf Mohamed, dessen Hallucinationen den Islam hervorgerufen haben sollen.

Auch Legrand du Saulle (étude médico-légale sur les épileptiques 1877) weist auf die Häufigkeit von Delirien und Visionen religiösen Inhalts bei Epileptikern hin.

Er kennt aber weder die Eigenart noch die diagnostische Be-

deutung derselben, registrirt sie einfach aus der Erfahrung und sucht, in Verkennung der primordialen Bedeutung dieser religiösen Ekstasen und Delirien, ihre Begründung rein psychologisch in pathologischer Religiosität [1]) (Bigotterie). Zu dieser gelangen die Kranken, indem sie sich im Bewusstsein ihrer traurigen Lage der Religion in die Arme werfen.

Toselli „über die Religiosität der E.", Archivio italiano per le malatie nervose 1879 März, findet bei zahlreichen E. bald dauernd, bald periodisch religiöse Delirien und Religiosität, diese oft in grellem Gegensatz zu der Reizbarkeit und moralischen Perversion dieser Kranken. Seine Erklärung der Bigotterie derselben deckt sich mit der Legrand du Saulle's.

Eine eingehende Würdigung findet in seinem Aufsatz das Delir. religiosum. Es dreht sich vorzugsweise um Hallucinationen und Illusionen. Die Erinnerung fehlt, wenn es mit einem epileptischen Anfall abschliesst, sonst ist sie vorhanden.

Die Kranken bekommen u. a. Befehle von Gott, ihre Angehörigen auch ins Paradies zu befördern, d. h. umzubringen, sie sind Propheten, Gottes Sohn, predigen, gerathen in Ekstase, können aber gleich darauf auf die unheilige Umgebung loswettern und nebenbei masturbiren. Zuweilen sind sie auch zerknirschte Sünder, Asketiker, aber nur ganz episodisch und gleich darauf wieder auf der Höhe der Exaltation und in Gottes Gnade. Sie haben oft Gefühle des Schwebens, Fliegens, auf Grund von Muskelanästhesie und damit verbinden sich Delirien von Himmelfahrten.

Auch dem zu klinischer Beobachtung talentirten, leider früh verstorbenen Samt (Archiv f. Psych. VI) ist die Häufigkeit religiöser Delirien bei Epileptikern nicht entgangen. Er verweist auf Fall 16 und 17 seiner Abhandlung, hält jene für specifisch und für pathognomische Zeichen des epileptischen Irreseins unter Umständen.

Als solche bezeichnet er: Stupor, rücksichtslose extremste Gewaltthätigkeit, Gemisch der eigenthümlichen religiösen Delirien („Gottnomenclatur") mit Grössendelirien, speciell der Verflechtung der „Majestät" in den Delirien und mit schwerem ängstlichem Delir. Dabei traumähnliche Absurdität und Incohärenz, eigenthümliche Ver-

1) Diese Bigotterie als bemerkenswerthen Zug im epil. Charakter hat schon Morel (traité des maladies mentales p. 701) hervorgehoben. Howden (Journal of mental science 1873 Januar) und Echeverria (Americ. Journ. of insanity 1873 Juli) haben sie bestätigt. Samt (Archiv f. Psych. V u. VI p. 147) spricht von den „armen Epileptikern, welche das Gebetbuch in der Tasche, den lieben Gott auf der Zunge und den Ausbund von Canaillerie im Leibe tragen".

änderung des Bewusstseins, von theilweiser Lucidität bis zur Delirium tremens-artigen illusorisch hallucinatorischen Verworrenheit, verschiedenartiger Erinnerungsdefect.

Die folgenden Krankheitsfälle dürften geeignet sein, der Frage nach der Eigenthümlichkeit epileptischer Delirien näher zu treten.

Beob. 1. F. R., 30 J., Magazinsarbeiter, kathol., ledig, wurde am 12. 2. 1889 in der psychiatrischen Klinik aufgenommen. Er stammt von einem dem Trunk ergeben gewesenen Vater. Ein Cousin endete durch Selbstmord. Pat. soll als Kind nie schwer krank gewesen sein. Er litt nie an Convulsionen. Bigotterie war vor seiner Krankheit nie an ihm bemerkt worden. Anhaltspunkte für sexuelle Hyperästhesie und Masturbation liessen sich nie gewinnen. Mit 15 Jahren erschrak er heftig über Ratten. Nach 3 Stunden bekam er den ersten (klassisch) epileptischen Anfall. Er blieb epileptisch (häufige Vertigoanfälle mit automatischen Schluckbewegungen, seltene grosse Anfälle). Von etwa dem 20. Jahre ab kam es etwa 1 Mal im Jahre zu postepileptischem Delirium, nie nach kleinen Anfällen, sondern nur nach grossen und zwar serienartig gehäuften. Er war deshalb schon mehrmals in Irrenanstalten gewesen.

Seit einigen Jahren hatte sich grosse gemüthliche Reizbarkeit und Schwachsinn entwickelt. Ein besonderer Zug zum religiösen Gebiet war intervallär nie bei ihm vorhanden gewesen. Ab und zu sah er im Traum ein rothes, wie Gold strahlendes Madonnenbild.

Pat. bot in der mehrjährigen Beobachtung etwa 2 Mal jährlich psychisch epileptische Ausnahmszustände, in Inhalt und Verlauf bis auf die kleinsten Details ganz typisch. Sie stellten sich binnen 24 Stunden nach einem besonders schweren klinischen Insult oder häufiger nach einer Serie solcher Insulte ein, entwickelten sich ganz allmählich bis zur Höhe, um dann rasch abzuklingen. Das Bewusstsein war jeweils getrübt, aber nie aufgehoben. Die Erinnerung für die Anfallserlebnisse eine getreue. Die Dauer des Anfalls betrug nie unter 18 und nie über 24 Tage. Während dieser Zeit kamen niemals epileptische Insulte vor.

Der postepileptische Anfall psychischer Störung begann jeweils damit, dass der sonst gleichmässig heitere, arbeitsame Kranke sich zu Bett legte, gedrückt, mimisch verstört erschien, über Kopfweh und l. Intercostalneuralgie klagte, schlaflos wurde, den Appetit verlor, constipirt war, schwer leidend aussah, fahles Gesicht und verfallene Züge bot.

Am 2. Tage wurde er dann ängstlich, beklommen, klagte Klopfen

und Bangigkeit in den Präcordien, Vibriren und Schmerzen im ganzen Körper, bot entschiedenen Krampfpuls, Angstschweiss und äusserte vage Befürchtungen, dass etwas Schreckliches bevorstehe. Während des 3. Tages pflegte der Kranke zu bemerken, dass das Zimmer kleiner werde und der Himmel näher komme. Er schaut erwartungsvoll nach diesem, sieht die Umgebung voll Unruhe und Verstörung. Er erkennt, dass der Weltuntergang bevorsteht, das jüngste Gericht sich naht. Er versichert, dass er wahr prophezeie, ermahnt die Umgebung Busse zu thun und sich mit dem Himmel zu versöhnen. Er leidet schon auf dieser Welt die Martern der Vorhölle. Gott sendet ihm die Schmerzen, um ihn zu läutern. Nun beginnen seine Augen aufzuleuchten, seine Miene verklärt sich. Er weiss es, dass Gott ihn durch Schmerzen prüft, dass er diese Prüfung bestehen und zur ewigen Glückseligkeit eingehen wird.

Er vergleicht sich mit Heiligen und Märtyrern, ist selig in seinem Leiden, bedauert die Anderen, die unbussfertig, den Weltuntergang nicht überstehen werden. Nun kommen beseligende Hallucinationen — er sieht die Engel am Himmelsgewölbe, hört sie singen. Gott Vater und Sohn erscheinen ihm am Himmel, sie neigen ihr Angesicht gütig zu ihm. Episodisch ist er noch von Furcht und Bangigkeit erfüllt, aber die Glückseligkeitsgefühle überwiegen. Endlich kommt die Apotheose. Er schwebt als gottbegnadeter, der Sinnlichkeit und irdischem Leid entrückter Sünder gegen Himmel. Der Himmel steigt vor ihm auf wie ein Gebirge, dieses theilt sich und Gottes Antlitz leuchtet ihm entgegen.

Mit verklärter Miene preist er die Freuden des ewigen Lebens. In diesem Zustand den Hörern der Klinik vorgestellt, vergleicht er sich mit Jesus vor seinen Richtern. Sich selbst überlassen, liegt er mit verzückter Miene da. Die Lösung des Anfalls erfolgt ziemlich rasch. Mit Ausnahme der Himmelsepisode, für die nur summarische Erinnerung besteht, ist diese für alle Details des Anfalls erhalten. Er corrigirt den „Unsinn“ vollkommen. Häufig kommt es nur zu abortiven Anfällen, in welchen er gedrückt, still ist, viel im Gebetbuch liest, über Intercostalschmerz, Herzbeklemmung, Beängstigung klagt, die ganze Umgebung fremdartig und in die Ferne gerückt appercipirt. Auch in diesen Zuständen ist die Miene verfallen, das Gesicht bleich, der Puls klein, tard. Gelegentlich kommt es in den Anfällen zu Geruchshallucinationen.

Beob. 2. F. L., 23 J., ledig, kath., Bauernsohn, von bigotten Eltern, seit der Pubertät der Masturbation ergeben, seit 3 Jahren schwer neura-

sthenisch, viel an Pollutionen leidend, bekam im Juli 1878 eine Contusion am Kopf durch Anschlagen einer Eisenstange. Er war in der Folge hypochondrisch, erschrak heftig im October 1878 über einen Mann, der vor ihm apoplectisch todt zu Boden stürzte, war seither schwer hypochondrisch, liess sich Ende Januar 1879 mit den Sterbesacramenten versehen und machte vom 27. 1. bis 7. 2. einen Exaltationszustand durch, in welchem er Visionen himmlischer und teuflischer Gestalten hatte, Zwiegespräche mit Gott hatte und predigte. Lucid geworden, erinnerte er sich aller Erlebnisse aus der Krankheitszeit und hatte volle Krankheitseinsicht.

Am 14. 2. 1879 stellte sich ein neuer religiös expansiver Erregungszustand ein, der ihn am 15. 2. meiner Klinik zuführte. Aufgenommen, liegt Pat. mit gefalteten Händen, verklärter Miene und zugekniffenen Augen da. Bei Annäherung des Arztes schlägt er das Kreuz „gelobt sei Jesus Christus, im süssen Namen Jesu".

Er erklärt, sich im Himmel zu befinden und zu heissen „wie es Gott gefällt". Als er noch auf der Erde wandelte, hiess er F. L. Die Aerzte hält er für göttliche Personen, die barmherzige Schwester für den hl. Geist, wegen der Flügel, die sie an der Haube hat. Den Wärter mit dem Schlüsselbund hält er für den hl. Petrus. Auf Erden sei es ihm schlecht gegangen; er sei aber auch ein arger Sünder gewesen, namentlich gegen das 6. und 7. Gebot habe er sich vergangen. Die Aufnahme der Anamnese hält er für eine Beichte, das ärztliche Protokoll für das Sündenbuch.

Er wolle gern für die eigenen und die Sünden der Welt leiden. Noch sei er nicht im Stande der Gnade, aber er hoffe dahin zu gelangen. Die Mutter Gottes habe ihn in einen Mantel gehüllt und Christus ein schönes Lied gesungen, das sei ein gutes Vorzeichen. Irdischer Speise bedürfe er nicht mehr. Er lebe von jedem Worte, das aus Gottes Munde fliesst.

Pat. ist hager, von normalem Schädel, bis auf fliehende Stirn und starken Prognathismus. Umfang 55 cm. Sehr weite, sehr träge reagirende Pupillen.

Grosse Abmagerung, sehr gesunkener Turgor. Livide, kühle Extremitäten. Krampfpuls. Nahrungsaufnahme nur auf energischen, angeblich göttlichen Befehl.

Am 23. 2. jäher Umschlag in ein depressives Delirium. Ganz verstört, ist Fürst der Hölle, der grösste Sünder, hat seinen Vater ins Unglück gebracht, indem er ihn verdammte. Massenhafte Selbstmordversuche. Seine Umgebung sind Heilige. Bevor er Fragen beantwortet, bittet er den hl. Geist um Erleuchtung und Erkenntniss, zu

antworten. Darauf schlägt er ein Kreuz und antwortet im „süssen Namen Jesu“.

Am 1. 3. Remission. Recrudescenz des Delirs am 2.

Am 7. 3. wird Pat. plötzlich lucid. Er glaubte sich im Himmel, dann vor einem Gottesgericht. Volle Krankheitseinsicht. An seiner Krankheit seien seine Eltern wegen ihrer Bigotterie viel schuld. Erinnerung für alle Details. Pat. berichtet von massenhaften Visionen. (Gott Vater, Mutter Gottes, die ihm ein anderes Herz einsetzte, Jesus, der ihm offenbarte, er werde ein Heiliger werden.) Die Aerzte hielt er für die heilige Dreifaltigkeit. Massenhaft Geruchshallucinationen. Er habe sich nicht das Leben nehmen, sondern nur zur Busse für seine früheren Sünden und um Gott wohlgefällig zu sein, sich martern wollen. Von epileptischen Antecedentien ist nur ein Schwindelanfall kurz vor der Erkrankung auffindbar.

Pat. macht vom 18. 3. bis 7. 4. einen neuen Anfall durch. Er erwacht Morgens am 18. verstört, zerknirscht, klagt sich fleischlicher Sünden an, verlangt „Du“ genannt zu werden, schwere Arbeit. Busse zu thun. Er kniet herum, leckt die Stiefel ab, steckt sich zur Busse einen Knochen in den Hals, wird dann salbungsvoll, verzückt, kneift die Augen zu, gelangt vor ein Gottesgericht, bittet um Gnade, erbietet sich die Himmelsthür auszukehren. Anfall sonst wie früher, aber milder. Auch diesmal abnorm weite Pupillen, Krampfpuls, Cyanose, kalte Extremitäten, Harnabsonderung maximal 700 cm pro die. Plötzliche Lösung des Anfalls.

Genesen entlassen 17. 4. 1879. Daheim wohl, fleissig, nie Erscheinungen von Epilepsie.

Am 7. 4. 1880 während eines Nachmittagsschlafes klassischer epil. Insult. In der Nacht zum 12. 4. nach Genuss von etwas Wein 5 weitere.

Am 13. 4. neues Delirium, ganz wie das erste in der Klinik beobachtete. Dasselbe dauert nur bis zum 17., daran reiht sich ein Dämmerzustand, der bis zum 2. 5. dauert. Pat. berichtet, wieder lucid geworden, Analoges wie das erste Mal, überdies von massenhaften, oft geradezu betäubenden Geruchshallucinationen (vorwiegend angenehme Blumendüfte — episodisch aber auch ekelhafte —, Rossschweiss u. dgl.). Bemerkenswerth ist, dass auch diesmal das Delirium anfangs sich um sexuelle Dinge drehte (Mutter habe Unkeuschheit mit ihm treiben wollen), ferner dass Pat. wiederholt bei Masturbation betroffen wurde.

Beob. 3[1]). Justmann, Köhler, 32 J., ledig, ist ein in einsamer

1) Maschka's Handb. d. ger. Med. IV p. 583 (eigene Beobachtung).

Gegend aufgewachsener, von Hause aus beschränkter, abergläubischer Mensch. Früh dem Alkoholgenuss, namentlich dem Branntwein ergeben, hatte er seit Jahren Excesse nicht mehr gut ertragen, vielfach an Kopfweh gelitten und, besonders bei heissem Wetter und angestrengter Arbeit, Congestionen zum Kopf bekommen. Er sei dann ganz roth im Kopf geworden, das Geblüt sei ihm aufgestiegen und es sei ihm ganz bang zu Muth geworden, oft sei es ihm dann auch ganz schwarz vor den Augen gewesen, doch habe er nie das Bewusstsein verloren.

In seinen Berauschungszuständen will er wiederholt aus dem Geräusche des vorbeifliessenden Baches Stimmen herausgehört haben. In der Nacht vom 15. August 1873, nach vorausgegangenen bedeutenden Alkoholexcessen, schwerer Arbeit am Meiler, bei grosser Sommerhitze, konnte J. nicht schlafen, er fühlte sich schwer im Kopf, schwindlig und war von einer unerklärlichen Bangigkeit geplagt. Er fand, dass der Köhlerhaufen so sonderbar krache. Gegen Morgen schlief J. auf kurze Zeit ein. Als er erwachte, fand er den Köhlerhaufen zusammengefallen und ganz verstört. Dieses kam ihm sonderbar vor, er meinte, es möchte ihm angethan sein. Als er mit der Wiederaufrichtung des Haufens beschäftigt war, wobei ihm der Knabe des Nachbars Hülfe leistete, hörte er aus dem nahen Wald den Ruf: „Geh heim, stehle ein andermal nicht“. Er hielt die Stimme für die eines benachbarten Bauern und erwiderte: „Du bist auch unredlich“. Bald darauf kam es ihm vor, dass sein Köhlerhaufen auf einem ganz anderen Platz sei, auch sein Geräthe habe er am unrechten Platz gesehen. Eine Stimme rief wieder: „Geh hinauf, leite dein Wasser ab“. Dieses that er und trank noch am Brunnen. Dann ging er in die Hütte. Es war ihm so bänglich zu Muth.

Er fing an zum Heiland und seinen fünf Wunden zu beten. Als er sein Gebet beendet hatte, hörte er eine Stimme: „schau um“, und als er diesem Gebot Folge leistete, sprach die Stimme: „Lenz, jetzt hat deine Stunde geschlagen“, da habe er auf die Uhr an der Wand geschaut und gesehen, wie die Zeiger pfeilschnell herumgingen, dann hiess es: „Lenz, jetzt bist gestorben und im Himmel“. Da sei er hinaus vor die Hütte, es sei ihm so bang geworden, er meinte wirklich, er sei gestorben. Ein Erdhügel sei vor ihm in die Höhe gestiegen und wieder zugefallen. Da sei des Nachbars Bub des Weges gekommen. Er habe gesagt: „Grüss Gott, bist auch gestorben?“ Da rief es wieder: „Nimm ihn, bring ihn um“. Er wisse nicht was es gewesen. Da habe er ihn genommen und umgebracht, indem er ihm den Kopf vom Rumpf mit dem Taschenmesser trennte und dann noch Brust- und Unterleibshöhle öffnete. Er begreife nicht, wie er das habe vollbringen

können. Gleich darauf sei der Nachbar gekommen und habe gerufen: „Jesus, jetzt bringt er mir den Buben um", da habe es wieder gesprochen: „Bringe so viele um als du kannst".

Da sei er dem Mann nach mit dem Messer in der Hand, und habe ihn in den Hals gestochen. Als der Mann in seinem Blute lag, hörte er den Befehl, ihm den Kopf mit einem Feldstein zu zermalmen, was er ausführte. Er wisse nicht, woher der Befehl gekommen, es sei doch weit und breit Niemand gewesen. Er habe nun noch immer geglaubt, er sei gestorben, habe sich hingelegt und ausgeruht. Es sei ihm da vorgekommen, als sitze er auf Petri Sessel. Bald darauf seien die Leute mit Gensdarmen gekommen und hätten ihn gebunden. Anfangs habe er noch geglaubt, er sei im Himmel und müsse jetzt Busse thun. Bald sei ihm aber die Einsicht gekommen. Er könne sich die Sache nicht erklären. In den folgenden Tagen im Arrest war Patient wieder ganz bei sich, er bereute tief seine grauenvolle That, man möge ihn nur strafen, er könne nichts dafür. Aus Verzweiflung versuchte er anfangs sich ein Leid anzuthun.

Die vorläufig nach dem Befund der Akten gestellte Diagnose auf trunkfällige Sinnestäuschung fand bei fortgesetzter persönlicher Beobachtung im Irrenhause, die keine Symptome von Alkoholismus, dagegen schon nach wenigen Monaten solche von Epilepsie erwies, ihre Berichtigung. Deuteten Intoleranz für Alkohol und pathologische Alkoholzustände vorläufig auf ein latentes Nervenleiden hin, so erwiesen Anfälle von nächtlichem Aufschrecken, solche von allgemeinem Schüttelkrampf mit tonischen Erstarrungszuständen, Schwindelanfälle, Zustände von Stupor, schreckhaftem Delir, endlich klassische epileptische Insulte, intervallär grosse Gemüthsreizbarkeit, zunehmende intellectuelle und ethische Verkümmerung des zudem sehr der Masturbation ergebenen Kranken die wahre Natur des Leidens und des früheren psychischen Ausnahmezustands. Hier und da wurden bei dem nun verblödeten Kranken auch noch religiöse Delirien beobachtet, in welchem er Gott von Angesicht zu Angesicht sah, sich im Himmel wähnte, die Umgebung für göttliche Personen verkannte, in ekstasenartigen Zuständen schwelgte, überwältigt von einem Gefühl unnennbarer Glückseligkeit, dass Gott mit ihm zufrieden sei, ihm seine Sünden verziehen habe.

Beob. 4. F., Hedwig, 24 J., angeblich unbelastet, hat als kleines Kind an Convulsionen gelitten. Sie ist imbecill; seit der Pubertät (im 15. Jahre) Auftreten von Morbus sacer. Klassische Anfälle, anfangs selten, neuerlich sehr häufig und schwer. Gelegentlich auch epileptische Anfälle in Gestalt von einfach bewusstlosem Zusammensinken.

Seit 1. 11. 1892 in erstmaligem postepileptischem Delir. Pat. wurde zuerst auffällig durch ihre verwirrten Reden. Sie bat, man möge mit ihr zur Kirche gehen. sie werde dort zum Himmel auffliegen, sie sei Kaiserin, sie habe das Herz der Kaiserin. Jetzt seien Alle glücklich, erlöst. Sie sang, betete viel, sprang zum Fenster hinaus und wurde am 5. 11. der Klinik übergeben. Schädel ohne Abnormitäten, Pallor, alle tiefen Reflexe sehr gesteigert. Innere Organe gesund. Pat. in sich versunken, giebt aber auf Fragen Antwort. Sie ist hier im Himmel. Wer sie ist, weiss sie nicht. Der Arzt wird für Christus gehalten. Episodisch ekstaseartiges Bild. Sie spricht dann leise, mit einförmig psalmodirendem Ton, Worte und Sätze unzählige Male wiederholend. In diesem Zustand reagirt Pat. nicht auf äussere Reize. Der Inhalt ihrer Rede ist ein religiöser, aber ganz verworren. Eine Probe ihres Deliriums ist folgende:

„Die Kaiserin ist gestorben; ich habe die Mutter Gottes gebeten, dass sie die liebe Kaiserin erlöse; sie hat mich schön angeschaut, ich habe so gebeten für sie, bin rund umgegangen, habe von unten hinaufgeschaut und da die Zunge nicht gespürt und bin zum Tod geworden und richtig ist mir besser geworden und bin schon langsam hinaufgegangen und habe Jesus so gebeten, weil er mich so schön lieb angeschaut, er hat gesagt „ja“, da bin ich wieder hinauf und habe gesagt: Mutter Gottes, hast du wirklich die Kaiserin erlöst? und richtig, ich habe sie erlöst und bin hinunter gekommen zum Teufel — lauter Schmutz muss ich schlucken und wenn ich ihn schlucke so komme ich wieder; alle sind zu mir gekommen, hinauf in die Hölle und haben alle gesagt: Hedwig, du musst sterben und ich bin wieder hinuntergekommen und habe die Mutter Gottes so gebeten und richtig, sie hat mich wieder erlöst und ich werde jetzt ein Schutzengel und ich komme wieder zu meinem Traum und werde Alle erlösen. Mutter Gottes, hilf mir — ich spüre, dass ich hinunterkomme, ich habe den Traum erlöst und Jesus ist gekommen und hat alle Menschen besucht. Ich sehe in den Himmel, jetzt komme ich hinauf, ich werde ganz schwindlig, ich werde Staub werden, ich habe den Gedanken gehabt, dass Jesus mich abholt.“

Am 7. 11. schweigt das Delir. Bis 9. 11. Abends ist Pat. noch dämmerhaft, aber bereits örtlich orientirt. Dann wird sie plötzlich lucid. Die Miene ist frei, der Pallor geschwunden. Für die Anfallszeit besteht nur höchst summarische Erinnerung. In den folgenden Wochen klassische epileptische Insulte, ohne Aura, ohne postepileptisches Delir. Entlassung.

Beob. 5. St., Dienstmann, 25 J., ledig, erkrankte plötzlich am 11. 6. 1894 Abends, war aufgeregt, verwirrt, die Nacht zum 12. schlaflos, redete sinnlos von religiösen Dingen und sagte u. A., auf ein Heiligenbild deutend: „Vater, du hast mich vom Tode erlöst". Pat. geht am 12. früh verstört, verworren auf der Klinik zu, apostrophirt die Umgebung als „Brüder, Väter", umarmt den Arzt als seinen Bruder und fügt hinzu „ich will einen Kaiser haben". Gefragt nach Krankheit, erklärt er, er habe die hinfallende Krankheit. Wenn Gott ihn strafen wolle, nehme er ihm die Brust. Es ist jetzt Sommer, der Monat heisst December. Pat. weiss sich im Krankenhause, der liebe Gott habe ihn hereingemacht. Plötzlich schreit Pat. auf „ich bin der Kaiser Josef". Den Arzt bittet er, ihm eine gute Stelle im Himmel zu verschaffen. Pat. redet beständig vom Himmelsvater, erklärt sich in auffällig gereiztem Tone für den frommen Josef. Er hat einen guten Engel. Dieser spricht zu ihm im Namen des Himmelvaters. Sein Vater ist gestorben solange er auf der Welt war. Er selbst hat nicht geheirathet, weil ihm das Herz so stark geblutet hat. Im Laufe des Tages wird der Arzt beständig als der Kaiser verkannt. Schwere Verworrenheit. In der Nacht zum 13. epileptischer Insult. Pat. ist nun ganz lucid, hat Amnesie für den Zustand des Delirs, theilt mit, dass er seit December 1893, nach Schreck über einen Brand, der im Hause ausbrach, an Epilepsie leide. Die Angehörigen bestätigen diese Angabe. — Klassische epileptische Anfälle, etwa alle 8 Tage wiederkehrend, jeweils mit postepileptischer Verwirrtheit durch etwa eine halbe Stunde. Intervallär emotiv, reizbar, aufgeregt.

Beob. 6. M., Gustav, 17 J., Lehrling, von mit Migräne behafteter Mutter, erlitt mit 6 Jahren einen Sturz auf den Kopf, wovon eine lineare Hautnarbe auf dem r. Stirnhöcker datirt, hatte von jeher viel an Cephalaea zu leiden, galt als unfolgsam, jähzornig, verlogen, gerieth 1892 unter eine Tramway, bekam beide Füsse abgefahren, musste amputirt werden, war seither oft tief verstimmt, bis zu Taed. vitae, hatte sich in den letzten Tagen sehr gekränkt und aufgeregt, weil ihm der Vormund kein Geld geben wollte und schrieb diesem einen Drohbrief.

Am 21. 9. 1893 Abends verursachte dem Pat. ein Sturz auf der Strasse starke Schmerzen im Amputationsstumpf. Er schlief aber gut in der Nacht zum 22. An diesem Tage litt er an Cephalaea, die aber Nachmittags schwand. Am 22. Abends, als er gerade im vollen Wohlsein ausgehen wollte, stürzte er bewusstlos zusammen. Dauer der „Ohnmacht" etwa 10 Minuten. Angeblich keine Krämpfe. Als Pat.

wieder erwachte, redete er irre: „ich bin aus der Hölle entwichen, ich fahre nach Amerika, Russland, du bist der Geist, komme mit! Ich bin schon Menschenfresser; auf der l. Seite habe ich die Seele, die thut mir weh.“ Auf die Klinik gebracht, ist Pat. ganz unzugänglich und delirirt vor sich hin: „ich bin Menschenfresser, ich habe den Kaiser gemalt, bin 800 Jahre alt, muss mit dem Kaiser sprechen, habe ihm etwas zu sagen, was mir der Teufel gegeben hat“. So bis zum 24., wo das Delir schweigt. Am 25. noch dämmerhaft, dann ganz lucid. Amnesie von dem Umstürzen am 21. Abends bis zum 25., von da ab summarische Erinnerung.

Pat. in der Folge geistig normal. Häufig Cephalaea, schlechter Schlaf, mit schweren Träumen von Bergen, die sich auf ihn wälzen. Intoleranz für Alkohol. Reizbar, emotiv. Keine irgendwie geartete epileptische Erscheinungen.

Am 15. 11. 1893 genesen entlassen.

Beob. 7. K. B., 58 J., pens. Militär, wurde am 31. 7. 1886 schwer delirant in meiner Klinik aufgenommen. Die Anamnese ist lückenhaft. Pat. soll als Kind schon eigenthümliche Anfälle von Bewusstseinstrübung mit Mattigkeit und Uebelkeit gehabt haben. Die ihm seit 1875 angetraute Ehefrau berichtet, dass er enorm reizbar und aufbrausend war und schon 6 Wochen nach der Heirath genuine epileptische Anfälle, meist Nachts und oft gehäuft bot.

Vor solchen sei er regelmässig congestiv, gereizt, brutal, verstört gewesen, nach solchen häufig delirant. Sein Delir bewegte sich dann in Gottnomenclatur. Er war aggressiv gegen seine Frau, ging mit dem Säbel auf sie los, würgte sie mit der Motivirung „Christus ist gekreuzigt worden, warum soll ich meine Frau nicht kreuzigen?“

Episodisch Vergiftungsideen, Suicidgedanken, wobei Pat. oft weinend stundenlang vor sich hinstarrte. Die deliriösen Anfälle dauerten einige Tage und gingen durch einen mehrtägigen Dämmerzustand, in welchem Pat. viel zu Geistlichen lief, in den luciden intervallären über. In letzter Zeit hatte man zunehmende Vergesslichkeit an ihm bemerkt.

Pat. geht in schwer gestörtem Bewusstsein, mit ganz entstellten Zügen, congestiv, fieberlos zu. Sehr frequenter Puls. Das Delirium ist ein schreckhaftes. Er glaubt sich bei der Belagerung der Festung Mantua, glühende Kugeln schiessen durch die Luft, die Festung geht in Flammen auf. Dann erscheinen Telephone an der Wand. Pat. vergleicht sich mit weinerlicher Stimme mit Christus, die Nachwelt wird bereuen, dass sie auch ihn (Pat.) gekreuzigt hat. Er ist ein Märtyrer. Schwere Verworrenheit, enorme Gereiztheit, Schlaflosigkeit.

Vom 7. 6. ab kommen Majestätsdelirien. Er hat Gespräche mit dem Kaiser, beklagt sich, dass man ihn gekreuzigt habe. Er zählt seine Verdienste um den Staat auf, hat das Telephon erfunden, spricht von Himmelfahrt, Erlösung, brüllt dazwischen „unterste Hölle, obere Hölle", ist ganz entsetzt über schreckhafte Visionen, bejammert einen Freund Sch., der aufgehängt wurde. Chloralhydrat bewirkt ausgiebigen Schlaf und Beruhigung. Pat. geht durch einen mehrtägigen Dämmerzustand hindurch, ist am 26. 6. wieder ganz lucid. Summarische Erinnerung. Weder vor noch während des Krankheitszustandes waren epileptische Anfälle zu bemerken gewesen.

Neuerliche Aufnahme am 22. 10. 1887. Ganz zerfahrenes Delir von Teufel, Gott, enorme Verworrenheit und Gereiztheit, die bei Nennung seines Namens sich masslos steigert. Der K. gehört an den Galgen, der Name K. hängt am Galgen. Er ist nicht der K., sondern der Pater Sch. Der Klostername wird es beweisen. Er will nicht essen, sein Name hat schon gegessen. Pat. hat wieder mit Telephonen zu thun. „Es ist nicht mit Gold zu bezahlen, ich will es vergolden lassen. Drei schöne goldene Berge hat er gehabt, gleich muss sie fortfahren". Gelegentlich Bitten um Verzeihung, Gott wird verzeihen. Massenhaft theils schreckhafte, theils göttliche Personen betreffende Gesichtshallucinationen. Auf ausgiebigen Schlaf durch Chloralhydrat wird das Delir am 24. abortiv. Darnach noch mehrtägiger Dämmerzustand. Diesmal Amnesie.

Pat. bald nach der neuerlichen Entlassung, angeblich in epileptischem Insult, gestorben.

Beob. 8. Herr M., Friseur, 51 J., wurde am 10. 7. 1878 auf die Klinik gebracht. Schwere Bewusstseinsstörung, tief verstörte Miene. Sehr gespannte Arterie. Puls 90. Vegetativ ohne Befund, fieberlos. Ganz zerfahrenes hypochondrisches Delirium — Pat. klagt über eckigen Schädel, verlängerte Füsse, vertauschte Kieferhälften, es steckt ein Rohr im Schlund, der Nabel ist herausgetreten, es zieht ihm da in den Körper hinein, dreht ihm die Kiefer um, das ganze Fleisch hängt an ihm herunter, sein Rücken schaut dem einer Eidechse gleich, sein Körper ist voller Wunden u. s. w. Irgendwelche Störungen der Sensibilität sind nicht nachzuweisen. Grosse Angst, Gereiztheit. Schwere Verworrenheit — „durch den Schrecken sind ganze Regimenter zu Grunde gegangen. In der Leintuchnaht ist ein Compass. Der Dominikanerthurm ist gestern aufgenommen worden". Episodisch Gottnomenclatur „Gott ist Allen gerecht. Gott beschützt auch ihn". Keine Majestätsdelirien. Vorübergehend Visionen von Feuer, schreck-

liche Thiere, die nach ihm schnappen, ihn auf der Haut brennen. Dauer des Delirs 3—4 Tage. Durchgang durch einen leichten Dämmerzustand. Intervallär moros, gereizt, seit einigen Jahren psychische Schwäche, jetzt ziemlicher Grad von Demenz.

Für die Dauer der deliranten Periode hat Pat. Amnesie. Solche Anfälle mehrmals im Jahr, seit etwa 10 Jahren, jeweils postepileptisch. Epilepsie geht bis auf die 20er Jahre zurück. Die Anfälle in Inhalt und Dauer fast völlig congruent. Alle möglichen Antiepileptica erwiesen sich wirkungslos.

Die vorstehenden Krankengeschichten sind ausgewählte Fälle aus einer Serie von 38 Beobachtungen meiner Erfahrung. Sie sind der These von Samt hinsichtlich der diagnostischen Bedeutung von religiösen Delirien in Verflechtung mit Majestätsdelirien und schwerem ängstlichem Delir entschieden eine Stütze, insofern sie fast ausnahmslos als postepileptische Erscheinungen zu Tage treten. Die Form der Epilepsie in den 38 Fällen war 34 Mal die der klassischen, nur 4 Mal die der vertiginösen.

Die Dauer des epileptischen Deliriums betrug nie unter 3 und selten über 14 Tage. Dann handelte es sich jeweils um neuaufgetretene, mit den vorhergehenden zusammenfliessende Anfälle.

Zu einem näheren Eingehen auf die jedenfalls zu den bestgekannten Formen des epileptischen Irreseins zählenden postepileptischen Zustände ist hier nicht der Ort. Ich beschränke mich darauf, diejenige klinische Gruppe, bei welcher „Gottnomenclatur“ und „Majestätsdelirien“ im Vordergrund stehen hinsichtlich der Art und der diagnostischen Bedeutung dieser Delirien einer genaueren Untersuchung zu unterwerfen.

Das Verhalten der Delirien war in den weiteren 30 dieser Studie zu Grunde liegenden Fällen folgendes:

9. Mann. Fast ausschliesslich expansives Majestätsdelir, lässt den Kaiser hochleben; episodisch schreckhaft, verstört: „unser Himmelvater will sterben“.
10. Mädchen. Sterbescenen. Gott, Mutter Gottes, Heilige erscheinen in der Todesstunde, trösten Pat.
11. Mann. Im Anfall Geistlicher, riecht Weihrauch, sieht Alles roth, hört Kirchenlieder, Glockenläuten, ist in Kirche, sieht Christus, predigt. Episodisch schreckhaftes Delir, sieht Verstorbene, wird von Gensdarmen verfolgt, hört Schiessen, verworrenes Geschrei. Himmelfahrt.
12. Mann. Schreckhaftes Delir (Hölle, Teufel, wird umgebracht), episodisch hält sich Pat. für Gott und glaubt sich im Himmel.

13. Mann. Gottnomenclatur und Himmelsdelir. Singt Allelujah. Dabei sehr gereizt. Muss den verlorenen Sohn spielen.
14. Mann. Wechselnde Höllen- und Teufelsdelirien und Gottnomenclatur (ist ein Heiliger, zum Himmel aufgefahren mit seinen Getreuen). Obscöne, göttliche Personen betreffende Delirien, mit Coitusbewegungen.
15. Mann. Spricht mit Gott, ist Kaiser. König, dabei höchst gereizt und gewaltthätig.
16. Mann. Bald im Himmel, bald in Hölle, rauft mit dem Teufel, besucht ihn, hat viel mit dem Herrn der Heerschaaren zu thun. Episodisch Stupor.
17. Mann. „Wo ist Gott? Gott will es. Wer hat 5 Finger? Gott. Es giebt mehrere Gott". Umgebung wird für göttliche Personen gehalten. Sieht den hl. Geist, liest Messe. Episodisch im „Richthaus", wird gerichtet.
18. Mann. Ist Kaiser, der Arzt ist auch Kaiser; er bittet ihn um eine gute Stelle im Himmel.
19. Mann. Schreckhaftes Delir (Tod, Teufel, Hölle), episodisch religiöse Exaltation, singt Hymnen, macht sich einen Altar.
20. Mann. Singt, wallfahrtet, glaubt sich im Himmel als Herrgott und Regent der ganzen Welt.
21. Weib. Gottnomenclatur. Sieht Maria, Engel, arme Seelen, wallfahrtet. Ist Mutter Gottes. Arzt ist Gott. Erotisch, zudringlich.
22. Mann. Bekämpft und besiegt die Teufel. Wird Herrgott. Masslos gereizt.
23. Mann. Besiegt mit dem hl. Petrus die Hölle, kommt dafür in den Himmel, sieht dort Christus und die beiden Schächer.
24. Mann. Himmelsdelir, bekam dort den Morgenstern geschenkt. Episodisch wurden Soldaten gehängt, verbrannt, geschnitten. Endlich wurde er vom Obersten zum Himmel hinausgeworfen auf die Erde, wo er 30 Jahre arbeiten muss und dann Stellvertreter Gottes wird.
25. Frau. Erscheinungen göttlicher Personen. Ekstasezustände.
26. Mann. Singen, Wallfahrten, dabei höchst gereizt, bis zu homiciden Impulsen auf Grund von Angst, Feuervisionen.
27. Mann. Wahn dass die unheilige Umgebung Glauben und Religion gefährde. Der Glaube ist in Gefahr, verlangt dafür gekreuzigt zu werden, verkennt Umgebung als Teufel, kämpft für den Glauben, siegt, jubilirt, empfängt Gottes Dank, ist der wahre Gottesstreiter, proclamirt sich als Christus.
28. Mann. Ausschlicsslich expansives Himmelsdelir.
29. Mann. Macht die Schöpfungsgeschichte und den Weltuntergang durch. Sieht die Sündfluth, das Fallen der Welten. Christus rettet ihn.
30. Mann. Wallfahrten. Singen von religiösen Liedern und der Volkshymne. Apotheose. Himmelfahrt.
31. Mann. Anfangs Angst, Gereiztheit, im Kampf mit dem Teufel siegreich, dann Abgesandter Gottes, der erste nach dem Kaiser. Episodisch Stupor.
32. Weib. Anfangs Sterbescene, wird ins tiefe Meer versenkt, glaubt sich bald im Wasser bald im Feuer, bald im Himmel bald in der Hölle, sieht verstorbene Eltern. Es kommt ihr vor, als ob man sie nothzüchtigen wolle.

33. Mann. Himmelsdelir. Hält den Arzt für Gott. Singt, psalmodirt.
34. Mann. Bloss expansives Himmelsdelir bis zur Ecstase.
35. Weib. Desgleichen, episodisch schreckhaftes Delir (Hölle).
36. Mann. Himmelsdelir. Ecstase.
37. Mann. Bunter Wechsel von Blut-, Feuer-, Höllen-, Himmel-, Gott-, Majestätsdelir.
38. Mann. Weltuntergang. Christus beschützt ihn. Hält den Arzt für Christus, liest Messe. Hier ist das Kaiserhaus. Arzt ist Kaiser. Episodisch Stupor.

Wie aus der vorstehenden Skizzirung der Delirien hervorgeht, spielen solche mit religiösem Inhalt die Hauptrolle. Ausschliesslich religiöses Delir findet sich in 28 Fällen, ausschliesslich Majestätsdelir in einem Falle, Combination beider in 9 Fällen.

In dem Gesammtbild des jeweiligen Delirs lassen sich zwei Vorstellungsgebiete unterscheiden, ein depressives und ein expansives. Da wo bloss eines derselben auftritt, macht es den Eindruck, als ob der Anfall ein abortiver wäre, das complementäre Delir nicht zum Ausdruck gelangt sei. In solchen Fällen mag Angst, enorme Gereiztheit, die mit dem vorhandenen expansiven Delir in Widerspruch steht, ein Hinweis auf den latent gebliebenen depressiven Vorstellungskreis sein.

Da wo dieser überhaupt klinisch zu Tage tritt, ist er ein einfach depressiver persecutorischer oder er ist religiös gefärbt (Anfechtungen der Hölle, verzweifelter Kampf mit höllischen Mächten, Tod, Sterbescenen, Sündhaftigkeit, Marterung, Kreuzigung, Gottesgericht u. s. w.).

Als eine bemerkenswerthe klinische Variante depressiven Delirs erscheint in seltenen Fällen (Fall 8) ein hypochondrisches, das durch enorme Verworrenheit und Ungeheuerlichkeit ein eigenthümliches Relief gewinnt.

Das klinische Interesse an diesen Delirien dreht sich um die Frage, inwieweit denselben eine specifische Bedeutung zuerkannt werden darf? Jeder Erfahrene wird der Ansicht beipflichten müssen, dass weder Gottnomenclatur noch Majestätsdelirien, noch beide zusammen an und für sich für Epilepsie beweisend sind, denn sie können auch bei nicht epileptischen Psychosen sich vorfinden. Wie so oft auf psychiatrischem Gebiete, kommt Alles auf die Entstehungsweise, den Zusammenhang solcher Delirien und ihre begleitenden Umstände an.

Die hier in Untersuchung stehenden Delirien sind solche primordialen Gepräges. Die depressiven unterscheiden sich von analogen, wie sie bei Melancholie vorkommen können, zunächst durch den Umstand, dass ein herabgesetztes Selbstgefühl hier nicht oder nur unvoll-

kommen zum Ausdruck gelangt, vielmehr das complementäre expansive Primordialdelir sich bemerklich macht und den Sünder früh unter dem Zeichen der göttlichen Gnade, des Märtyrerthums erscheinen lässt, der Chancen für einen günstigen Ausgang des Gottesgerichts besitzt und Vorahnungen seines Triumphs über Tod, Hölle, Antichrist u. s. w. bis zu künftiger Apotheose in seinem Bewusstsein vorfindet. Dazu die Absurdität der depressiven Delirien.

Bezüglich der expansiven Delirien sind hervorzuheben: die eigenthümliche Verquickung religiöser mit Majestätsdelirien und auch mit depressiven („der Himmelvater will sterben"), die massenhaften begleitenden höchst plastischen Gesichtshallucinationen, die mit muskulären Anästhesien im Zusammenhang stehenden Himmelfahrten, das Delir im Himmel zu sein, die totale Verkennung der Umgebung im Sinne göttlicher oder fürstlicher Personen, das oft ganz unvermittelte Hereinbrechen schreckhafter, namentlich dämonomanischer Delirien, die auffällige Gereiztheit, bis zur Aggression gegen die Umgebung, seitens des doch der Wonnen himmlischer Freuden theilhaftigen Kranken. Dazu gesellen sich eventuell episodisch Stupor, Gesichtshallucinationen in rother Farbe (Feuer, glühende Kugeln, Blut Christi u. s. w.).

Bemerkenswerth sind ferner Krampfpuls, Pallor auf der Höhe des Anfalls, Abklingen desselben durch einen Dämmerzustand.

Mit der Häufung solcher klinischer Thatsachen kann der Schluss auf eine epileptische Deutung des Anfalls berechtigt werden, auch wenn die Anamnese verschleiert ist und Beweise für das Vorkommen irgendwie gearteter Zeichen der epileptischen Neurose nicht vorliegen. Eine interessante Frage ist auch die, warum religiöses und Majestätsdelir gerade bei Epileptikern so häufig zur Beobachtung gelangen. Bezüglich des ersteren liegt die Annahme nahe, dass es auf dem Boden einer sexuellen Erregung steht. Längst anerkannt ist ja die Thatsache, dass sexuelle und religiöse Exaltation einander verwandt sind und dass religiöse Delirien vielfach klinische Aequivalente erotischer sind (s. m. Lehrb. d. Psychiatrie 6. Aufl. S. 79 u. Psychop. sexual. 9. Aufl. S. 8 u. ff.).

Nicht minder bedeutungsvoll ist die von mir in meiner Psychop. sexualis S. 327 hervorgehobene Thatsache, dass überaus häufig bei Epileptikern, im Zusammenhang mit epileptischen Insulten und zur Zeit äquivalenter oder postepileptischer psychischer Ausnahmszustände, Erscheinungen sexueller Erregung sich vorfinden, so dass nicht zu bezweifeln ist, dass die mit dem epileptischen Insult einhergehenden Hirn-

veränderungen auch eine krankhafte Erregung des Geschlechtslebens hervorrufen können.

Diese klinische Grundlage für religiöses Delirium ist zur Erklärung jedenfalls festzuhalten, während die rein psychologisirende von Legrand du Saulle und Toselli, nach welcher solche Kranke sich im Bewusstsein ihrer traurigen Lage (in Folge ihrer Krankheit) der Religion in die Arme werfen, kein Vertrauen verdient.

Unter den 38 Kranken, an welche diese Studie anknüpft, fand ich thatsächlich nur 5, bei welchen Bigotterie zu constatiren war, eine geringe Zahl, wenn man bedenkt, dass jene grösstentheils ländlichen Kreisen von Steiermark angehörten.

Untersucht man dagegen die Vita sexualis der 38 Kranken, so gelang bei 17 derselben der Nachweis, dass sie sehr sinnlich waren und theils Excessen im Coitus, theils Masturbation ergeben waren.

Auch im Anfall ergaben sich vielfach Hinweise auf eine vorhandene sexuale Erregung. Ich rechne dahin Geruchshallucinationen, obscöne Delirien (Beob. 2. 14. 21. 32) und häufige Fälle, wo man solche Kranke in ihren bis zu gelegentlicher Ekstase sich erstreckenden expansiven Affecten über Masturbation betritt.

Was die Majestätsdelirien betrifft, so wäre es denkbar, dass dieselben einfach als Aequivalente religiös expansiver zu betrachten sind, wenigstens erscheinen jene neben den anderen und oft geradezu stellvertretend im Krankheitsbild. Es begreift sich ja ohne Weiteres, dass der sieghafte Gottesstreiter sich der höchsten irdischen Macht gleichgestellt fühlt und episodisch sich mit ihr identificirt, gerade wie er schliesslich zur Apotheose gelangt.

IV.

UEBER IDIOPATHISCHES PERIODISCH WIEDERKEHRENDES IRRESEIN IN FORM VON DELIRIUM.

Ueber idiopathisches periodisch wiederkehrendes Irresein in Form von Delirium.

Unter den vielen psychopathischen Bildern, die ihrer klinischen Präcisirung und ätiologischen Begründung harren, bietet der in Rede stehende Krankheitszustand ein nicht geringes Interesse, weil seine Beziehungen zur Epilepsie in Frage stehen und der Nachweis der epileptischen Bedeutung des Krankheitsbildes ein weiterer und nicht gering zu schätzender Schritt auf dem Wege der ätiologischen Klarstellung der Psychosen sein würde.

Man ist berechtigt, solche Erscheinungen psychischer Erkrankung dem periodischen Irresein zuzurechnen, da sie die allgemeinen Züge des periodischen — brüske Entstehung und Lösung der Anfälle, typisch congruenten Inhalt und Verlauf derselben, wenn mit einander verglichen, aufweisen, unbeschadet etwaiger Unterschiede des Grades und der Dauer. Dazu kommt die Wiederkehr solcher Anfälle in annähernd gleichen Zeiträumen und ohne palpable (äussere) Veranlassungen, sodass man annehmen muss, dass die Summation oder Wiederkehr von centralen Reizvorgängen auf Grund einer dauernden Veränderung im Gehirn die Wiederholung der Anfälle vermittelt. Unzweifelhaft handelt es sich hier um Bilder idiopathischer Psychose.

Streng periodisch ist die Wiederkehr der Anfälle jedoch nicht immer; auffällig und an ähnlichen Verlauf bei Epilepsie erinnernd, ist das nicht selten serienartige Auftreten jener.

Von dem Bilde gewöhnlichen periodischen Irreseins entfernen sich diese Zustände weiter durch kurze Dauer derselben, durch tiefere Störungen des Bewusstseins, durch eigenartige psychomotorische Phänomene, endlich dadurch, dass sie sich als Delirium abspielen. Aus diesem

Grund kann man diese Krankheitszustände auch nicht mit der Form des periodischen Wahnsinns identificiren.

Die Eigenartigkeit dieser Zustände muss ohne Weiteres zugegeben werden.

Constante Symptome sind, ausser dem brüsken Ausbruch und der plötzlichen Lösung des Zustandes qua Delirium, die tiefere, auf einer Dämmer- oder Traumstufe sich haltende Bewusstseinsstörung, der verworrene Charakter des Deliriums, das, in bunter Vermischung der einzelnen Wahngruppen, ein hypochondrisches, persecutorisches oder Grössendelir sein kann; ferner die auf einen directen Reizvorgang in psychomotorischen Centren des Vorderhirns hinweisenden motorischen Störungen, die als sog. katatonische oder automatisch impulsive, zwangsmässige in Mimik, Sprache, Haltung und Bewegungen sich kundgeben und stereotyp in jedem Falle wiederkehren.

Dadurch bekommen diese Zustände viele gemeinsame Züge mit den psychischen Aequivalenten der Epilepsie, namentlich mit den protrahirten.

In der Literatur ist wenig von diesem Krankheitsbild die Rede. Morel (études cliniques 1853 II p. 115) scheint es zuerst beschrieben zu haben.

Er beschreibt einen Fall bei einem Hypochonder als periodisches manieartiges Irresein mit convulsivischem Lachen, grosser Bewegungsunruhe, akrobatenartigen Bewegungen. In einer späteren Arbeit (d'une forme de délire, suivi d'une surexcitation nerveuse, se rattachant à une variété non encore décrito d'epilepsie larvée Paris 1860) theilt Morel 5 Fälle von periodisch wiederkehrender Aufregung mit Delir mit, die hierher gehören dürften. An den ersten derselben (periodisch wiederkehrende, typisch gleiche Anfälle von Zornwuth, mit blinder Rücksichtslosigkeit gegen die Umgebung, ganz ohne Motiv, mit schreckhaften Sinnestäuschungen, Delirien, ein Anfall dem anderen gleich, mit Lösung durch einen Stuporzustand und nur summarischer Erinnerung für das Vorgefallene) knüpft M. die Bemerkung, dass man hier an Epilepsie denken müsse, obwohl die Vorgeschichte des Falles keine epileptischen Antecedentien biete. Thatsächlich wurden später in diesem Falle massenhaft epileptische Insulte constatirt.

Als Ergebniss seiner Studie nimmt M. an, dass statt epileptischer Insulte psychische Zustände auftreten können, deren charakteristische Merkmale folgende sind: periodischer Wechsel zwischen Exaltation und Depression, intercurrente Paroxysmen von wüthender Tobsucht mit schreckhaften Hallucinationen, mit extremer Reizbarkeit, Amnesie für die in die Zeit der Anfälle fallenden Vorgänge, typischer Inhaltsgleich-

heit des Deliriums gleichwie der extravaganten und gefährlichen Handlungen.

In seinem traité des maladies ment. 1860 p. 480 steht Morel nicht an, auf Grund zahlreicher Fälle, in welchen endlich doch der Nachweis der Epilepsie gelang, wesentlich aber auf Grund des eigenartigen klinischen Details und Verlaufs, diese eigene Art von Folie periodique als dem epileptischen Irresein zugehörig anzusprechen.

Kirn, in seiner Monographie der periodischen Psychosen 1878 S. 76, schildert solche Zustände als „centrale Typosen", ist aber nicht geneigt, sie zu den Manifestationen der Epilepsie zu rechnen. In meinem Lehrbuch der Psychiatrie habe ich seit 1879 dieselben unter den periodischen Psychosen besprochen und ihnen im Rahmen dieser eine besondere Stelle zugewiesen, die Frage ihrer epileptischen Bedeutung offen lassend.

Einen werthvollen Beitrag zu diesem dunklen klinischen Gebiete gab Pick (Archiv f. Psychiatrie XI. 1) durch Veröffentlichung eines typischen Falles (mit sichergestellter Epilepsie) mit sorgfältiger Epikrise, unter Anreihung eines zweiten, der aber keine epileptischen Antecedentien bot und überdies mit einer Paranoia complicirt war.

Ich habe in der letzten Auflage meines Lehrbuchs die Besprechung dieser eigenthümlichen Irrsinnsanfälle, da sie selten sind und ich den Raum für Wichtigeres brauchte, unterlassen. Wenn ich an dieser Stelle auf dieselben zurückkomme, geschieht es, weil neue Erfahrungen sie in ein helleres Licht setzen und ihre Zugehörigkeit zum epileptischen Irresein nun nicht mehr zweifelhaft erscheint.

Versucht man das Krankheitsbild wie es in fremder und eigener Erfahrung sich darstellte, zu fixiren, so ist zunächst die Plötzlichkeit des Ausbruchs des Anfalls, mitten aus relativer Gesundheit und ohne palpable Ursachen, zu betonen.

In der Minderzahl der Fälle zeigen sich, wohl als Aura aufzufassende Vorboten (meist psychische in Gestalt heiterer, seltener depressiver Stimmungsanomalie, häufig Angst, Gereiztheit).

Zu den ersten und constanten Symptomen des sich entwickelnden Paroxysmus gehören Schlaflosigkeit, mimische Entstellung, enorme Reizbarkeit, bis zu aggressivem brutalem Benehmen gegen die Umgebung. In einzelnen Fällen zeigen sich fluxionäre Erscheinungen zum Gehirn. Früh sinkt die Bewusstseinsenergie auf eine Dämmer- bis Traumstufe herab. Es entwickelt sich Gedanken- und Bewegungsdrang, sodass man dem Beginn einer schweren Manie sich gegenüber zu befinden meinen möchte, aber diese Erscheinungen werden verdrängt durch ein hallucinatorisches Delir, das von nun an den gesammten

psychomotorischen Apparat in Anspruch nimmt. Ein oft geradezu kaleidoscopischer Wechsel von deliranten hallucinatorischen Situationen spielt sich in dem dämmerhaften Bewusstsein ab und bedingt bunt wechselnde Stimmungen von Angst bis zum Zorn, von Gehobenheit bis zur an Ekstase hinanreichender Exaltation.

Auffällig ist die grosse Gereiztheit, welche das Ganze durchweht und selbst in expansiven Stimmungslagen sich bemerklich macht, indem offenbar an der Schwelle des expansiven Ideenkreises befindliche depressive Vorstellungen in diesen hineinwirken. Umgekehrt kann man mitten in Angst und depressiver Stimmungslage ein Lächeln auf der Miene des Kranken auftauchen sehen.

Das Delir erscheint als depressives, persecutorisches, gelegentlich auch als hypochondrisches, als expansives, mit massenhaften Beziehungen zu Gottnomenclatur, Majestätsdelir. Als flüchtige Wahnpersönlichkeiten erscheinen die Kranken als Sünder, vom Teufel und schrecklichen Spukgestalten Verfolgte, von Tod, Feuer, Blut und allen möglichen Gefahren (Gottesgericht, Fegfeuer u. s. w.) Heimgesuchte, dann wieder als siegreiche Ueberwinder der Hölle, als Feldherrn, Propheten, Christus, Kaiser u. s. w. Entsprechend illusorisch umgestaltet erscheint die Aussenwelt und die Umgebung. Eigenthümlich erscheinen dabei der absurde Inhalt einzelner Wahnideen („Niemand", „Papagei"), die Verquickung von grauenvollen Martern mit Majestätsdelir, überhaupt von depressiven und expansiven Wahnideen.

Charakteristisch ist ferner schwere Verworrenheit durch tief gestörte Vorgänge der Association und bunt durcheinander geflochtene hallucinatorisch-delirante Situationen, bei erheblich getrübter und illusorisch gestörter Apperception der Aussenwelt. Ansätze zu manischem Bewegungsdrang in Gestalt von Singen, Schreien, Wühlen, Schmieren, Zerstören erheben sich immer wieder, aber vielfach untermischt mit ganz impulsiven Akten (Würgen der Umgebung, blinde Aggression auf Personen und Objecte) und ganz sonderbaren Zwangsbewegungen und Zwangsstellungen (Gangtreten, Rotiren um die Längsaxe, Purzelbäume, Schwimmbewegungen, Stehen auf einem Bein, den gekreuzigten Christus imitirende Posen u. s. w.).

Auf der Höhe des Zustands kann es zu psychomotorischen Reizerscheinungen kommen, ähnlich einem beginnenden Delir. acutum (Zähneknirschen, Grimassiren, Lippenspitzen, Zungenschnalzen u. s. w.), dann wieder, in jähem Umschlag, zu ekstaseartigen Erscheinungen, Stupor.

Oder auch, es kommt zu Remissionen des Delirs und der motorischen

Erregung, bis zu Ansätzen von momentaner Lucidität, die aber meist Erschöpfungszustände darstellen.

Im Grossen und Ganzen erscheint der Gesammtanfall als ein solcher von intensiver Erregung psychomotorischer, psychischer und sensorieller Hirnrindengebiete, der jäh einsetzt, mit nur geringen Schwankungen abläuft und qua Delir ebenfalls jäh sein Ende erreicht, wobei aber Erscheinungen des zu Grunde liegenden Dämmerzustandes um Tage das Delir und die psychomotorische Erregung überdauern können.

Der Schwere des Anfalls dürfte Umfang und Grad der Erinnerung für die Erlebnisse in der Zeit desselben entsprechen. In schweren Fällen besteht Amnesie.

Die Dauer der Anfälle ist eine verschiedene. Gewöhnlich läuft der Paroxysmus binnen 10 Tagen ab. Längere Dauer scheint im Sinne der Recrudescenz bezw. Recidive, wobei die Anfälle in einander fliessen, deutbar. Die Wiederkehr derselben erfolgt in Zeiträumen von Wochen bis Monaten. Die Anfälle können in kürzerer Frist und mehrfach hintereinander sich wiederholen (serienartige Häufung), zuweilen bleiben sie abortiv. Die Prognose dürfte nicht so ungünstig sein, da jene jahrelang, ev. selbst dauernd ausbleiben können.

Therapeutisch erschien in dieser Hinsicht fortgesetzte und energische Behandlung mit Bromsalzen nicht ohne Werth. Zuweilen gelang es mir im beginnenden Anfall denselben mit Morphiuminjectionen zu coupiren. Auf der Höhe desselben erscheinen die gewöhnlichen Beruhigungsmittel (Brom, Chloralhydrat u. s. w.) wirkungslos.

Bezüglich des klinischen Details dieser interessanten Erscheinungen von mehr oder weniger ausgesprochenem periodischem Irresein in Form von Delir geben die folgenden 9 Beobachtungen Aufschluss.

Beob. 1[1]). Koban, 29 J., Handwerker, wurde am 12. 1. 1872 in halb erfrorenem Zustand und geisteskrank aufgefunden und ins Irrenhaus gebracht. Die Anamnese ist auf Pat. beschränkt, der nur anzugeben weiss, dass er seit Jahren etwa alle 3 Wochen einen Anfall von Irresein bekomme, der 8—10 Tage dauere und nur summarische Erinnerung hinterlasse. Pat. ist geistig geschwächt, gemüthsreizbar. Epileptische Antecedentien sind nicht zu ermitteln. Alkoholexcesse werden zugegeben. Die Beobachtung ergiebt Onanie. Pat. hat einen kleinen brachycephalen Schädel, der rechte Mundwinkel ist paretisch, steht etwas tiefer als der linke.

1) Beob. 1—4 aus des Verf. Lehrbuch der Psychiatrie 1. Auflage.

Pat. bietet in der Folge in Zwischenräumen von 3—5 Wochen Anfälle von tobsuchtartiger deliranter Verworrenheit, die 8—15 Tage dauern und typisch gleich sind. Sie treten ganz plötzlich auf. Tiefe mimische Entstellung, zunehmende Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Fluxion zum Kopf, Steigerung der Pulsfrequenz bis zu 130 Schlägen, zunehmendes Lachen, Fortdrängen, bezeichnen ihren Eintritt.

Das Bewusstsein wird tief gestört, Pat. sieht wie angetrunken aus, verkennt die Umgebung, hält sie bald für fürstliche Personen, bald für Verfolger. Bunter Stimmungswechsel, enormer Gedankendrang, grosse Verworrenheit, Lachen, Singen, Tanzen, Zerstören, Kothschmieren, Grimassiren, heftige Fluxion, Salivation sind nie fehlende Symptome. Auf der Höhe des Paroxysmus treten eigenthümliche Zwangsbewegungen auf, die stunden-, selbst tagelang in Form von taktmässigem Hin- und Herrotiren um die Längsaxe, Hin- und Herschleudern des Kopfes andauern. Zeitweise Erschöpfungspausen oder auch Remissionen, bei fortbestehender Bewusstseinsstörung.

Die Anfälle lösen sich, indem sie durch einen mehrtägigen Dämmerzustand hindurchgehen, in welchem Pat. grossen Sammeldrang zeigt, in den Spucktrögen wühlt, deren Inhalt in den Mund zu stecken bemüht ist und sehr reizbar ist.

Für die Krankheitserlebnisse hat Pat. nur eine höchst summarische Erinnerung. Morphiuminjectionen, Bäder und Digitalis mildern die Intensität der Anfälle, ohne sie abzukürzen. Wird Morphium bei den ersten Anzeichen des nahenden Anfalls angewendet, so gelingt es nicht selten, denselben zu coupiren.

Intervallär bietet der geistig bedeutend geschwächte Kranke ein haltloses läppisches Wesen und grosse Reizbarkeit. Die Anfälle sind in den letzten 2 Jahren seltener geworden, ohne ihren Charakter zu ändern. Nie konnten während 7jähriger Beobachtung epileptische Symptome irgend welcher Art constatirt werden.

Beob. 2. Lovisa, 38 J., verheirathet, Maurer aus Italien, wurde am 6. 10. 1875 aufgenommen. Die Anamnese ist auf Pat. beschränkt, der erbliche Anlage und epileptische Antecedentien bestimmt in Abrede stellt. Er giebt an, von jeher sehr regen Geschlechtstrieb gehabt, denselben seit dem 10. Jahre durch Onanie befriedigt, später viel an Pollutionen gelitten zu haben. Auch nach seiner Verehelichung habe ihm die Frau nicht genügt und habe er sich theils bei anderen Weibern, theils durch Onanie befriedigen müssen. Vom 15. Jahre an habe er auch stark zu trinken angefangen, Schnaps und Rum, zuweilen für einen Gulden täglich vertrunken. Pat. bietet auch den

echten Habitus des Potators. Er will früher, bis auf Variola im 16. Jahre, gesund gewesen sein. Die linke Hand verlor er durch Unvorsichtigkeit beim Holzschneiden.

Ende September 1875 wurde Pat. ungewöhnlich heiter, gesprächig und geschäftig. Am 4. Tage fand man ihn Morgens jubilirend und auf einer Wiese herumtanzend. Er that dies, weil ihm die hl. Dreifaltigkeit erschienen war und er Christus durch Tanzen für sich gewinnen wollte. Bei der Aufnahme grosse Bewusstseinsstörung, delirant, verworren — der Kaiser habe ihn hierher geschickt, er sei im Namen Christi gekommen. Er singt, schreit, tanzt, die Stimmung wechselt ebenso wie die Apperception im Handumdrehen. Er verkennt bald die Umgebung feindlich, schreit, heult, tobt, wird aggressiv, bald ist er sehr devot, begeistert, glücklich und hält den Arzt und Wärter für Engel, Heilige.

Pat. ist schlaflos, congestiv, mimisch tief verstört. Herztöne schwach, dumpf, der Puls, meist 40, übersteigt nie 50 Schläge und ist tard. Schmaler, fliehender Stirnschädel, der rechte Mundfacialis paretisch, leichtes Zittern der Hände und der Zunge. Der Verlauf bewegt sich in Remissionen, in welchen er singt, in Lustaffecten bis zur Ekstase schwelgt, vorübergehend auch zornige Affecte bietet, und in Exacerbationen mit verworrener Gedankenflucht, Schmieren, Zerreissen, Zerstören. Pat. geht durch einen Zustand psychischer Umdämmerung mit maniakalischen Elementen und auffälliger Reizbarkeit in den Stat. quo ante zurück.

Solche Anfälle wiederholen sich typisch congruent in Zwischenräumen von 5 Tagen bis einigen Wochen und dauern 3—4 Wochen.

Sie beginnen mit Schlaflosigkeit, grösserer Reizbarkeit, Unstetigkeit, gedrückter Stimmung, die damit motivirt wird, dass die für Heilige gehaltenen Personen der Umgebung die Befehle Christi nicht achten. Er bittet um Verzeihung für die Umgebung. Nach 2tägiger Dauer dieses gedrückten Zustands wird Pat. begeistert bis zur Ekstase. Sein Bewusstsein sinkt auf traumhafte Stufe, sein Gedankenablauf wird beschleunigt bis zur Verworrenheit. Er glaubt sich im Paradies, sieht den lieben Gott, unterhält sich mit den Engeln, weint, lacht, tanzt, singt, küsst den Boden, zerreisst Kleider, gestikulirt als Reaction auf diese Visionen und Delirien. Endlich geht er durch den erwähnten Dämmerzustand in den ruhigen zurück.

Pat. corrigirt intervallär nicht seine deliranten Erlebnisse, für die er eine ziemlich getreue Erinnerung besitzt. Er schildert seine Paradiesesvisionen, das Glück, Christus zu sehen. Wenn er seine Kleider zerreisse, so geschehe es, um sich wie Christus anzuziehen; wenn er

zornig sei, so verfolgten ihn die armen Seelen, die er über sich sehe und deren Stimmen er höre. Auch im intervallären Zustand vermag Pat. jederzeit das Paradies als einen Blumengarten vor sich zu sehen. Er geräth dabei in Entzücken, küsst das vermeintliche Paradies (den Boden) und wundert sich, dass es die Anderen nicht auch sehen. Auch andere Vorstellungen kann er plastisch vor sich sehen, jedoch bedarf es dazu längeren Schliessens der Augen und einiger Anstrengung.

Morphiuminjectionen wirkten auffallend günstig und vermochten seit Anfang 1879 die Anfälle, wenn rechtzeitig vorgenommen, zu coupiren.

Unter dieser Behandlung blieb sogar Pat. vom 18. 3. an bis zum Tage seiner Heimverbringung (6. 10. 1879) von ferneren Anfällen frei.

In der 4jährigen Anstaltsbeobachtung wurden nie epilepsieartige Symptome beobachtet.

Beob. 3. Petrosch, 26 J., ledig, Apotheker, stammt von einem schwindsüchtigen Vater, dessen Bruder und Schwester irrsinnig waren. Pat. war als Kind schwächlich, so dass man an seinem Aufkommen zweifelte, litt bis zum 11. Jahre an allgemeinem Jucken und Hautbrennen, war gut begabt, aber von düsterem melancholischem Temperament. In der Schule soll er nach dem Zeugniss eines Kameraden wiederholt epilepsieartige Anfälle gehabt haben. In den Schuljahren geistige Ueberanstrengung und Kummer über unglückliche Familienverhältnisse. Schon damals will Pat. oft Gefühl und Furcht irrsinnig zu werden gehabt haben. Mit 17 Jahren schwere „Meningitis“. Einige Monate nach dieser acuten cerebralen Erkrankung 1. Anfall von Irresein, dem bis Frühjahr 1875 14 gleichartige von 14—20 Tagen Dauer folgten.

Am 31. 5. 1875 liess sich Pat. zu einem Kurversuch in der Irrenanstalt aufnehmen.

Pat. ist schlank, von rachitischem Thorax und Schädel. Der Descensus testiculi fehlt rechterseits. Mässiger Grad von Staphylom auf beiden Augen. Epileptische Antecedentien irgend welcher Art stellt Pat. in Abrede, Onanie kann ausgeschlossen werden.

Aus der Anamnese geht hervor, dass die früheren Anfälle nicht streng periodisch und meist im Anschluss an Gemüthsbewegungen auftraten. Als Prodromi sollen Schlaflosigkeit, träumerische Versunkenheit, Obstipation, Fluxion zum Gehirn, verglastes Auge, stierer Blick während mehrerer Tage bemerkbar gewesen sein. Rasch erreichte dann Pat. die Höhe des Anfalls, in welchem Fluxion, Verstopfung, Schlaf-

losigkeit, Sprachlosigkeit, Gangtreten, impulsive Acte, wie z. B. Würgen der Umgebung, Zerstören von Fensterscheiben besonders auffällig waren. Pat. will in diesen Anfällen das Bewusstsein nie ganz verloren haben. Er habe jedesmal schreckliche Bilder von Krieg, Schlachten gehabt, sich für einen Feldherrn gehalten und gemeint, er müsse Krieg führen, um seinem Vaterland zur früheren Machtstellung zu verhelfen. Die Anfälle lösten sich plötzlich.

Intervallär fiel ein Zug von Bigotterie, Vorliebe für Bibelstudium, scheues, in sich gekehrtes Wesen bei dem Kranken auf. Er meinte, er lebe für's Jenseits, klagte auch, dass sein Gedächtniss und Auffassungsvermögen nothgelitten habe. Häufig auch Kopfweh.

Bis zum 2. 12. 1875 bot Pat. nichts weiter Auffälliges und besorgte zur Zufriedenheit die Hausapotheke. Von da bis zum 12. 12. 1875, ferner von 26. 9. bis 3. 10. 1876, vom 31. 10. bis 6. 11., vom 7. bis 13. 12. 1876, vom 8. 1. bis 18. 2. 1877, vom 24. 1. bis 28. 1. 1878 wurden Anfälle beobachtet, die typisch congruent waren.

Sie begannen mit Schlaflosigkeit, sentimentaler Stimmung, in welcher Pat. seinen Leidensgefährten Geld, Cigarren, Bücher schenkte. Dann kam Gedankendrang, der sich immer mehr steigerte, Thätigkeitsdrang, in welchem sich Pat. gehoben, wie von einer höheren Macht zu Arbeitsleistungen angespornt fühlte. Er machte dann weit über sein Vermögen gehende Bestellungen von Büchern, Zeitschriften, kramte in Büchern, Effecten, bis Alles in grösster Unordnung war.

Der eigentliche Paroxysmus trat dann binnen 2 Tagen und ziemlich plötzlich ein. Pat. wurde mimisch tief verstört, gerieth in einen tiefen Dämmerzustand. Der Blick war stier, die Bulbi anästhetisch, die Pupillen mydriatisch, die Augen weit aufgerissen, der Puls klein, frequent, die Arterie eng contrahirt, die Extremitäten kalt, cyanotisch.

Pat. verharrte stundenlang starr auf einem Fleck, dann kamen wieder motorische Erregungszustände, in welchen er sang, pfiff, grimassirte, laut auflachte, herumtanzte, zwangsmässig auf dem Corridor auf- und ablief, die Kranken stiess, schlug, auf allen Vieren herumkroch, unter dem Billard Schwimmbewegungen machte. Andauernde Stummheit und Schlaflosigkeit, oft ganz verklärtes Gesicht.

Die Lösung der Anfälle war eine plötzliche unter Aufhellung des Bewusstseins, Weich- und Vollwerden des Pulses und wiederkehrender normaler Circulation in den Extremitäten.

Pat. erinnerte sich ziemlich treu der Krankheitserlebnisse. Sie waren immer dieselben. Zuerst kamen Liebesgedanken, dann fühlte er sich als Arzt, der Visiten mache, dann als Rathgeber Sr. Majestät oder eines hohen Kirchenfürsten, endlich als Feldherrn und Kaiser,

der Schlachten schlage. Die Umgebung wurde für hohe kirchliche und politische Würdenträger gehalten. Eine Motivirung der impulsiven Acte vermochte Pat. nicht zu geben. Ein wirrer Gedankendrang machte den Inhalt seines Bewusstseins aus. Hallucinationen habe er dabei nicht gehabt.

Nach den Anfällen fühlte sich Pat. jedesmal noch einige Tage matt, erschöpft, empfindlich gegen Lärm, menschenscheu, etwas gedrückt, wehmüthig.

Vom 2. 3. 1877 bis 22. 1. 1878 nahm Pat. täglich 6,0 Bromkali. Die Anfälle blieben während dieser Zeit aus, aber eine grosse Impressionabilität, zeitweise Morosität und Gereiztheit machten sich dafür bemerklich. Als Pat. das Mittel aussetzte, stellte sich sofort wieder ein Anfall ein. Wiederholt wurde von Morphiuminjectionen eine intensitätsmildernde und abkürzende Wirkung beobachtet.

Am 26. 2. 1878 wurde Pat. nach seiner heimathlichen Irrenanstalt versetzt. Dort kehrten (ohne Bromkali) die Anfälle in Intervallen von 1 Monat 7 Mal wieder. Pat. entschloss sich von Neuem zu Bromkali. Abermaliges Ausbleiben der Anfälle.

Beob. 4. Bratschko, 51 J., ledig, Zimmermann, wurde am 23. 4. 1878 in's Spital gebracht, da er durch ganz verworrene Reden und Handlungen im Gasthaus auffällig geworden war.

Pat. ist gross, der Schädel normal, ohne Spuren einer Verletzung, die Miene verworren, ganz entstellt. Ausser Lungenemphysem, einer Schankernarbe am Penis und Hypospadie findet sich am Körper nichts Bemerkenswerthes. Pat. befindet sich in einem eigenthümlichen Dämmerzustand und ist sehr verworren. Er behauptet, seit 5 Tagen schon hier zu sein im Krankenhaus, wo die Menschen geschlachtet werden. Man möge ihn doch lieber assentiren, als aufhängen oder köpfen. Er habe 3 Söhne, der dritte sei er selbst. Sein Vater habe ihn verhext, in ein Pferd verwandelt und verkauft. Pat. dämmert umher, zeigt Sammeldrang, verkennt oft die Umgebung feindlich, faselt von Getödtetwerden, schimpft, haut um sich.

Anfang Mai tritt eine plötzliche Lösung dieses eigenthümlichen Dämmerzustands ein, für den Pat. nur eine summarische Erinnerung hat. Er giebt an, sein Vater sei epileptisch, höchst jähzornig gewesen und habe ihn oft geprügelt. Er selbst sei durch einen Fall vom Gerüst und den Schrecken dabei im 27. Jahre epileptisch geworden, habe in der Folge öfters convulsive Anfälle gehabt, sei auch mit 21 Jahren einmal kurze Zeit ganz verwirrt gewesen, habe getobt, sodass man ihn binden musste.

Eingezogene Erkundigungen ergaben, dass Pat. seit Jahren herumvagabundirte und wegen Bettels mehrfach abgestraft worden war. Die epileptischen Antecedentien sind auf die Angaben des Pat. beschränkt. Die $1^1/_2$ jährige Beobachtung konnte nie etwas der Epilepsie Verdächtiges ermitteln. Jedoch bietet Pat. intervallär das exquisite Bild des epileptischen Charakters. Er ist ein moroser, reizbarer, jähzorniger, muckerischer, augenverdrehender Mensch, der vielfach die Thatsachen entstellt wiedergiebt, mit der Umgebung beständig in Unfrieden und Streit lebt, mit Allem unzufrieden ist, Alles besser versteht, gleichwohl aber die christliche Demuth zur Schau trägt, Gott immer im Munde führt und sich nie von seinem Gebetbuch trennt.

Am 31. 10. 1878, nach schlafloser Nacht und vorgängiger grosser Reizbarkeit, erschien Pat. mimisch tief entstellt und im Bewusstsein schwer gestört. Er erklärte sich für den Niemand, für einen Papagei, der durch seine vielen Studien zum Narren geworden sei. Nun sei Alles aus, er sei der Teufel. Lebhafter, tief verworrener Gedankendrang. Pat. schlägt taktmässig auf die Bank, strangulirt seinen Penis, grimassirt, steht auf einem Bein, nimmt ganz verzwickte Stellungen ein, rutscht auf dem Boden mit gespreizten Beinen herum, behält gegebene Stellungen bei, liegt auch gelegentlich wie der gekreuzigte Christus auf dem Boden da, mit zugekniffenen Augen und aufgesperrtem Mund. Andauernd tiefer Traumzustand mit feindlichem Verkennen der Umgebung, offenbar auch schreckhaften Hallucinationen. Als Reaction auf solche: zeitweises Schreien, Stöhnen, Poltern an der Thür.

Pat. ist schlaflos, nimmt wenig Nahrung; der Puls sehr frequent, die Bulbi anästhetisch, der rechte Mundwinkel paretisch. Durch einen mehrtägigen Dämmerzustand, ganz wie das erste Mal, findet der Anfall am 15. 11. seine Lösung. Pat. hat nur höchst summarische Erinnerung, motivirt sein verkehrtes Treiben mit befehlenden Stimmen und heftiger Angst. Er habe gehört, er solle gemartert werden.

Nach wie vor der reizbare, unzufriedene, querulirende, arbeitsscheue, bigotte, mit der gottlosen Umgebung unzufriedene, hochmüthige Sünder, der am liebsten mit dem Gebetbuch sich herumtreibt.

Am 9. 5. 1879 nach mehrtägiger gesteigerter Morosität und Reizbarkeit, sowie Schlaflosigkeit, wird Pat. wieder tief verworren, mit ängstlich verstörter Miene betroffen. Er hat in letzter Nacht ins Bett urinirt (!), sich in die Ohren gestochen, bietet wieder die bekannten Zwangsstellungen, und Zwangsbewegungen, bittet die Umgebung um Entschuldigung, dass er sie umgebracht habe, titulirt den Arzt Majestät, wähnt sich in einer kaiserlich politischen Anstalt, brüllt nach dem Kaiser: „warum lässt du mich so martern, Herr Kaiser“, deutet aufs

Bein, das solle man ihm abschneiden, ob er denn der B. sei, spricht wieder vom Abschlachten u. s. w., ganz wie im früheren Anfall. Traumhafte Verworrenheit. Pat. schmiert sein Essen herum, wäscht den Penis in der Suppe, beisst oft ganz impulsiv in seine Kleider, macht Purzelbäume, steht auf dem Kopf, liegt dann wieder regungslos in der Position des gekreuzigten Christus da, macht rudernde Bewegungen, wie wenn er auf dem Wasser wäre.

Am 23. 5. stellt sich eine mehrstündige Remission mit leidlicher Klärung des Bewusstseins ein, in welcher er mittheilt, dass er vor Angst, ermordet zu werden, und über einen Feuerschein, den er gesehen, so unruhig war.

Nach einem mehrtägigen Dämmerzustand, in welchem der Arzt wieder als Majestät verkannt wird, ist der Anfall am 2. 6. vorüber.

Am 6. 10. neuer Anfall, der bis zum 21. 10. dauert und im Wesentlichen ganz gleich den früheren sich darstellt. Pat. ist wieder tief verworren, mimisch verstört. Er will sich die Zähne ausreissen, krallt sich ängstlich am Fenstergitter an, verlangt, man solle ihm die Zunge lösen, das Glied abschneiden, weil er der Schinder war. Er verlangt, verbannt oder verbunden zu werden im Gebirg, spricht viel vom Schlachten, von Feuer, man könne ihm den Kopf wegschneiden und in 3 Tagen sei er wieder drauf. Auf der Höhe des Anfalls wieder die Zwangsbewegungen (Fensterrutschen, Kopfstehen, Purzelbäume, Ruderbewegungen u. s. w.), feindliche Verkennung der Umgebung, bis zur Gewaltthätigkeit, beschleunigter, verworrener Gedankenablauf, der sich um Tod, Blut, Feuer, Gottnomenclatur und Majestät dreht.

Pat. spricht viel von der Mutter Gottes, er sei ein Prophet gewesen, nun ein Kaiser; der Kaiser hat heute Nacht die Kaiserin erschossen, der Arzt wird wieder als Majestät begrüsst.

Am 11. mehrstündige Remission, in welcher momentan die Umgebung erkannt wird. Dann wieder tiefe Verworrenheit, in welcher Pat. von Blut, Feuer, Teufel, von Hand- und Fussabschneiden faselt.

Vom 14. an geht der Kranke in den, den Anfall beschliessenden Dämmerzustand über, in welchem noch ab und zu von Majestät, Blut, Feuer die Rede ist. So behauptet er u. A., es sei nicht seine Schuld, dass er Zeuge gewesen sei, wie der Vater die Mutter gemordet habe und die grosse Blutlache auf dem Boden entstanden sei.

Bemerkenswerth ist noch, dass auf der Höhe der Anfälle jedesmal die Arterien krampfhaft contrahirt, die Extremitäten kühl und leicht cyanotisch waren und mit der Lösung des Anfalls auch der Gefässkrampf sich löste, der Puls voller, weicher, die Extremitäten wieder warm wurden.

Beob. 5. B. G., 26 J., verh., kathol., Schneidergehilfe, ist submicrocephal (Schädelumfang 52), imbecill, kam auf die Klinik wegen eines Aufsehen erregenden Vorfalls. In unsinniger Folgegebung eines Traums (ein weisser Mann, Abgesandter Gottes, erschien ihm und theilte ihm mit, es sei Gottes Wille, dass er zum Kaiser reise, den Monarchen ums Geld bitte, damit er lesen und schreiben lerne und damit sein Glück mache) war Pat. aus Ungarn nach Wien gereist und hatte, als man ihn in der Hofburg nicht vorliess, ein Monument erklettert und daselbst geschrieen. Pat. corrigirte bald, blieb ruhig, geordnet. Er berichtete, dass ihm öfter vom Himmel und Flug dahin träumte.

Keine epileptischen Antecedentien.

Am 24. 11. wird Pat. plötzlich unruhig, beginnt zu schreien, gesticuliren und Schiessbewegungen zu machen. Er wird rasch höchst verworren. Sein Delir bewegt sich nur in Gottnomenclatur und Majestätsdelirien. Er schiesst auf Gott. Gott hat es erlaubt, weil ihn Teufel umgeben. Er hat auf Befehl des Kaisers Sonne, Mond und Sterne anschiessen müssen. Pat. ist schlaflos, mimisch ganz verstört, rennt in der Zelle herum, macht beständig Schiessbewegungen und schreit dazu: „Bum, Bum.“

Episodisch hält er seinen Schatten an der Wand für den Teufel und kämpft mit ihm. Im Uebrigen Gottnomenclatur, Majestätsdelir. Vorübergehend Nahrungsweigerung, weil Gift in den Speisen sei. Am 26. Abends sieht sich Pat. von einer Menge rother Köpfe umgeben. In der Ecke sieht er Jesus Christus, dessen Blut an den Wänden herabtrieft.

Am 28. 11. ist Pat. plötzlich lucid. Amnesie für den ganzen Krankheitsanfall. Nach wie vor kein Nachweis von epileptischer Neurose möglich. Mit Rücksicht auf die eigenthümlichen Delirien, die enorme Verworrenheit im Anfall und die rothen Phantasmen wird gleichwohl die Diagnose auf Delir. epilepticum gestellt.

Am 18. 12. neuer Anfall. Vorwiegend religiöses Delir, glaubt sich im Himmel; gelegentlich Majestätsdelir. Schwere Verworrenheit. Episodisch Stupor. Der Gesammtanfall dauert 9 Tage. Plötzliche Lösung. Amnesie.

Bis zum 22. 5. 1896, wo Pat. nach seiner Heimath reist, noch 2 solcher Anfälle, nie aber gewöhnliche epileptische Insulte.

Beob. 6. Rajakov, Bauer, aus belasteter Familie, wurde am 3. 1. 1873 in tobsuchtartiger Aufregung nach der Irrenanstalt gebracht. Nach wenigen Tagen kam er zu sich, mit völliger Amnesie

für den Anfall. Die Anamnese ist auf Pat. beschränkt, der bei seiner Imbecillität nichts von Belang anzugeben weiss.

Pat. ist eine degenerative Erscheinung, Schädel leicht microcephal, Ohren missgestaltet, plumpe geistlose Gesichtszüge. Pat. bietet in der Folge alle 4—5 Wochen bis 10 Tage dauernde tobsuchtartige Erregungszustände, die plötzlich einsetzen und sich lösen. Sie sind typisch übereinstimmend und beginnen jedesmal damit, dass Pat. brutal, zornig wird, die Umgebung feindlich verkennt. In die Isolirzelle gebracht, fängt er an sich mit Koth am ganzen Körper zu beschmieren, Alles zu zerreissen, im Stroh zu wühlen. Toben, Schreien, Lachen, Heulen, enorme Verworrenheit und Bewusstseinsstörung fanden sich regelmässig auf der rasch erreichten Höhe des Paroxysmus, in welchem Pat. unnahbar war, offenbar massenhaft Hallucinationen hatte.

In der Zwischenzeit bestand grosse Reizbarkeit, geistige Schwäche. Ab und zu nächtliche Visionen von Thieren.

Obwohl die Anfälle den Zuständen des grand mal der Epilepsie sehr nahe standen, waren nie auf solche hinweisende Erscheinungen zu entdecken.

Von Mitte 1896 an hörten die Anfälle auf, auch die intervallären Symptome besserten sich auffallend.

Am 22. 10. 1877 wurde Pat. genesen entlassen.

Hinterher erfuhr man, dass bei dem seit 10 Jahren verheiratheten Pat. schon im ersten Jahr der Ehe seine Frau etwa jeden Monat einmal im Schlaf eine kurz dauernde tonische Streckung des Körpers mit eingeschlagenen Daumen bemerkt hatte. Am folgenden Tag war er dann jedesmal etwas verwirrt und klagte über heftigen Kopfschmerz. Diese epileptischen Anfälle waren mehrere Jahre nicht mehr beobachtet worden, bis eines Tages der tobsuchtartige Anfall sich einstellte; Pat. ist seit der Entlassung von solchen frei geblieben.

Beob. 7. Kl., Bäcker, 18 J., stammt von trunksüchtigem Vater, hatte nie schwere Krankheiten, keine Convulsionen, war kein Trinker und bis zum 14. Jahr ganz unauffällig gewesen. Vor 4 Jahren (Pubertät) bot er ohne allen Anlass einen erstmaligen psychischen Erkrankungszustand, in welchem er schwer verwirrt war, episodisch nicht essen wollte, weil es Gott verboten habe. Nach 10 Tagen kam Pat. mit summarischer Erinnerung für diesen Anfall zu sich. Seither hatte Pat. in Pausen von 10—12 Monaten noch 4 solcher Anfälle gehabt.

Am 7. 7. 1882 war er neuerlich erkrankt. Er kam verwirrt, schreiend von der Arbeit heim, zerschlug Fenster, rannte, vom Vater

zurechtgewiesen, planlos fort. Am 10. kam aus einer benachbarten Gemeinde das Ersuchen, den Pat. heimzuholen, da er geisteskrank sei. Man fand ihn verwirrt, aufgeregt, vorübergehend tobend, brachte ihn am 11. 7. auf die Klinik in Graz. Pat. geht verwirrt, delirant zu. Er poltert an die Thüre, klettert beständig auf das Fenstergesims, gesticulirt, erklärt sich mit Pathos für Christus, den Arzt bald für einen Bischof, bald für den Kaiser.

Sehr wechselnde Stimmung. Andauernd schwere Bewusstseinsstörung. Auffällige Gereiztheit. Nachts schlaflos. Pat. ist nach wie vor Christus, der Arzt der Kaiser.

Am 14. setzen psychomotorische Reizerscheinungen ein — Lippenspitzen, Zungenschnalzen, Zähneknirschen. Kein Fieber, keine Fluxion.

Am 15. plötzliche Lösung des Zustandes. Pat. hat summarische Erinnerung, berichtet, dass er schon 4 solche, im Inhalt der Delirien und Hallucinationen gleiche, aber kürzer dauernde Anfälle gehabt habe. Sie seien jeweils durch heftige Congestionen zum Kopf eingeleitet gewesen. In diesen Anfällen sah er den Himmel, bekränzt mit Rosen, Engel machten schöne Musik. Alles war weiss und überall roch es nach Rosen und himmlischem Duft. Die Mutter Gottes erschien ihm und verkündete, dass er als zweiter Christus auf die Welt gekommen sei.

Ausser schmalem niederem Stirnschädel bot Pat. keine Abnormitäten.

Er wurde am 20. 8. 1882 genesen entlassen.

Am 2. 7. 1887 musste Pat. neuerlich aufgenommen werden. Der Anfall glich dem vorausgehenden, jedoch waren episodisch höchst schreckhafte Delirien vorhanden, in welchen er tobte, vor Wuth schäumte, um sich schlug, sich erwürgen wollte, hallucinatorische Gestalten auf dem Fussboden zerstampfte und dazu rief „ich zertrete dich, Fallot, ich lass nicht eher ab bis die schwarze Schlange zum Vorschein kommt“. Verzweifelte Kämpfe gegen diabolische Spukgestalten. Schwere Bewusstseinsstörung. Nach 8 Tagen plötzliche Lösung des Anfalls. Höchst summarische Erinnerung. Absolut keine Hinweise auf Epilepsie, weder anamnestisch, noch in der folgenden mehrwöchentlichen Beobachtung.

Beob. 8. H., 32 J., Geistlicher, wurde am 9. 10. 1883 wegen Geistesstörung aufgenommen. Er ist erblich belastet, hat ein sinnliches Temperament, verfiel früh der Masturbation, litt viel unter Gewissenskämpfen wegen dieses Lasters, versuchte vergebens durch die göttliche Gnade davon los zu kommen, litt seit Jahren an Neur-

asthenia sexualis, galt als ein excentrischer Mensch, zelotischer Eiferer von ganz mystisch religiöser Richtung und hatte schon vor 1 Jahr einen Anfall von mehrwöchentlicher Geistesstörung durchgemacht.

Der diesmalige Anfall hatte plötzlich mit Kopfweh, Schlaflosigkeit und grosser Gereiztheit begonnen. Am Morgen des 10. 10. fiel Pat. auf durch Unruhe, Aufgeregtheit, entstellte Miene, Drang zu beten. Er murmelte beständig vor sich hin, lachte gelegentlich, war fluxionär, ohne Fieber, ohne Zeichen von Angst. Nach schlafloser Nacht, trotz prolongirtem Bad und Chloralhydrat, am 11. 10. schwer gestörtes Bewusstsein. Massenhaft Visionen und Stimmen religiösen Inhalts. Pat. glaubt sich in der Ewigkeit, der frühere H. sei verbrannt worden.

Am 16. 10., nach gut durchschlafener Nacht, plötzliche Klärung des Bewusstseins. Sehr summarische Erinnerung von Strafgericht Gottes, Kämpfen mit dem Bösen, Geruchshallucinationen, Gefühlen magnetischer Durchströmung. Pat. klagt noch durch einige Tage über lästigen Gedankendrang (Erethismus cerebralis), Hyperacusis, Hyperästhesia nervorum vasorum, sodass er seinen Pulsschlag im ganzen Körper empfinde. Genesen entlassen am 24. 10. Am 16. 11. 1893 neuer Anfall — wesentlich gleich dem früheren — Singen und Recitiren von Psalmen, Umherdämmern, oft ganz verzückte Miene, dann wieder schreckhaft, gereizt. Vom 20.—22. tiefer Stupor. Vom 22. ab wieder motorischer Drang, Singen, religiöse Delirien, grosse mimische Entstellung, Grimassiren, Zungenausrecken, verzwickte Stellungen auf Grund von Hallucinationen.

Am 29. Anfall vorüber. Sehr summarische Erinnerung. Für Epilepsie nach wie vor keine Anhaltspunkte. Genesen entlassen. Anfälle sollen in der Folge in der Heimath wiedergekehrt sein.

Beob. 9. W. K., 36 J., ledig, kathol., Fassbinder, liess sich am 6. 6. 1876 im Spitale zu Bruck a/M. wegen Schwindelanfällen aufnehmen. Das Journal berichtet, dass Pat. an „Gehirnhyperämie“ leidend, scheu, schweigsam, appetitlos meist zu Bett lag, Schwindel beim Bücken klagte. Die l. Pupille war erweitert. Am 27. verlangte er seine Entlassung, weil man ihn beleidige, verspotte. In der Nacht zum 30. sprang er aus dem Bett, kniete nieder, betete laut, küsste den Boden, verlangte nach einem Geistlichen und betete, ins Bett zurückgebracht, die ganze Nacht hindurch. Am 30. wurde er hochgradig ängstlich, aufgeregt und wollte in einen Ziehbrunnen springen.

Bei der Aufnahme am 30. in der Grazer psychischen Klinik ist er dämmerhaft, besitzt für seinen Aufenthalt im Brucker Spital nur fragmentäre Erinnerung, appercipirt schwer und unrichtig, glaubt sich

in einem Wirthshaus, bricht oft in Weinen aus und greift nach der Herzgegend, wo es ihm weh thue. Er klagt, dass er in der letzten Nacht sich ganz steif gefühlt habe und dass Borsten am Körper überall herausgewachsen seien. Er ist ruhig, steht dämmerhaft herum. Grosse Anämie, Schädel submicrocephal, l. Gesichtshälfte und l. Hand kleiner als r. L. Pupille erweitert. Gute Reaction. Augenspiegelbefund negativ. Andauernd tiefer Dämmerzustand. Stuhlt ins Bett, in der Meinung, er sei auf dem Abort. Nächtliches angstvolles Schreien, weil das Haus umgedreht werde. Aengstlich, gereizt, schwer verworren. Betet einen Mitpatienten als Christus an. Er wolle lieber ein Thier werden, als unseren Herrgott umbringen. Gelegentlich Selbstanklagen, gerirt sich als bussfertiger Sünder.

Am 15. 7. plötzliche Lösung des Anfalls. Summarische Erinnerung.

Mutter ist psychopathisch. Pat. war kein Trinker, früher gesund. 1895 schwère Commotio cerebri durch Steinwurf an den Kopf. Seither „Schwindelanfälle“. Nach Genuss eines halben Liters Bier einmal allgemeines Zittern und Verwirrung im Kopf.

Pat. intervallär reizbar, oft Kopfweh, still, scheu, oft betend betroffen.

Am 3. 8. neuerlicher Dämmerzustand. Kühle Extremitäten, eiskalte Hände. Pat. betet die Umgebung mit Jammermiene an. Koprophagie. So durch 3 Wochen. Dann Lösung des Anfalls nach mehrtägigem Stupor.

Entlassung. Am 19. 8. 1877 neuerlich aufgenommen. Wurde daheim am 18. plötzlich aufgeregt, brüllte, schlug um sich. Bei der Aufnahme im Bewusstsein schwer gestört, enorm verworren, gereizt. Hält sich für einen Soldaten. Grosser Gedankendrang, Bewegungsunruhe. Schlaflos. Lösung des Anfalls plötzlich, nach mehrtägigem Stupor.

10. 9. Neuer Paroxysmus. Aufgeregt, höchst verworren. Erklärt sich für heilig. Pfeifen, Singen, Beten, Brüllen.

Episodisch automatisch impulsive Acte, Grimassiren, stundenlanges Trommeln mit den Fersen auf den Boden, Bajazzosprünge, Schwimmbewegungen. Lösung durch Stupor Anfang October.

Intervallär moros, reizbar, viel Kopfweh, ab und zu stundenweise stuporös.

In der Folge Anfälle alle 4—6 Wochen, von 8—22 tägiger Dauer, typisch gleich, ausgezeichnet durch grosse Verworrenheit, Bewusstseinsstörung, Gereiztheit, buntwechselnde expansive und depressive Affecte, Gottes- und Sünderdelirien, Ansätze zu Bewegungsdrang, der aber durch automatisch impulsive Acte verdrängt wird und sich epi-

sodisch zu motorischen Reizerscheinungen erhebt. Jeweils plötzliches Einsetzen der Anfälle und Ausklingen derselben durch Stupor.

Am 13. 8. 1877 wurde ein klassischer Epilepsieanfall beobachtet. Bromkali war erfolglos. Der Kranke musste einer heimathlichen Irrenanstalt zugeführt werden.

Das klinisch Entscheidende an diesen Fällen ist die Frage nach ihrer Zugehörigkeit zu dem epileptischen Irresein. Ich glaube, in Uebereinstimmung mit Pick und Morel, diese Frage bejahen zu dürfen. Meine Gründe dafür sind folgende:

Diese psychopathischen Zustände von kurzer Dauer, von plötzlichem Einsetzen und jäher Lösung, mit erheblicher Trübung des Bewusstseins und entsprechenden Defecten der Erinnerung, sind, wie analoge Bilder des transitorischen Irreseins überhaupt, von symptomatischer Bedeutung, blosse temporäre Manifestationen und Reactionserscheinungen eines dauernd krankhaft veränderten Centralnervensystems. Die Erfahrung nöthigt dazu, Angesichts solcher Fälle, in erster Linie an die epileptische Neurose zu denken, bei der ganz Analoges in Gestalt somatischer Anfälle vorkommt. Thatsächlich entsprechen die beschriebenen Paroxysmen nicht bloss im Verlauf und in ihrem eventuell serienartig sich wiederholenden Auftreten bekannten Thatsachen der Aeusserungsweise epileptischer Anfälle überhaupt, sondern sie zeigen auch in ihrem Symptomendetail auffällige Uebereinstimmung mit bekannten Erscheinungsformen des epileptischen Irreseins, im Sinne des postepileptischen und der psychischen Aequivalente.

Neben schwerer Störung des Bewusstseins in Gestalt von Dämmer-, Traum- und selbst Stuporzuständen, vermissen wir nicht die enorme Gereiztheit, das aggressive, selbst impulsive Handeln solcher Kranker, die Erscheinungen schwerer Verworrenheit, die überaus lebhaften Hallucinationen, die eigenthümliche Combination von schreckhaft depressiven und expansiven Delirien, unter welchen religiöse und Majestätsdelirien ganz besonders hervortreten und in ganz eigenartiger, oft geradezu absurder Verquickung mit einander erscheinen. In manchen Fällen gesellen sich dazu Pallor und Erscheinungen von Gefässkrampf. Auffallend ist hinsichtlich der Hallucinationen die Häufigkeit, mit welcher sie sich um Blut, Feuer, überhaupt um Gegenstände in rother Farbe drehen.

Dazu kommt als Hinweis auf eine dauernde Hirnveränderung dass diese Kranken allmälig schwachsinnig werden und dass ihre luciden intervallären Zeiten nicht rein sind, im Gegentheil geradezu

Züge aufweisen, wie wir sie am Epileptiker zu finden gewohnt sind (grosse Reizbarkeit, Bigotterie, Morosität, zeitweise Verstimmungen, epileptischer Charakter überhaupt).

Schon Morel, dem zur klinischen feinen Beobachtung ungewöhnlich veranlagten Forscher, waren derlei Thatsachen nicht entgangen und hatten ihn dazu bestimmt, diese Zustände für zum epileptischen Irresein gehörig zu bezeichnen, wobei er mit Genugthuung versichern konnte, dass bei langer und unermüdlicher Beobachtung auch wirklich der Nachweis der epileptischen Neurose, die bisher verschleiert war, gelang.

Unter den von mir mitgetheilten 9 Krankheitsfällen liess sich nur in 4 derselben anamnestisch oder in der Beobachtung dieser Nachweis erbringen, aber die Identität des Krankheitsbildes in den übrigen Fällen ohne Nachweis der Epilepsie, war so vollkommen, dass an ihrer Zusammengehörigkeit nicht gezweifelt werden kann. Es kann kein Zweifel bestehen, dass solche Anfälle gerade bei Epileptikern vorkommen, die seltene und milde Anfälle ihrer Neurose haben. Die nächstliegende und berechtigte Annahme ist die, dass in den Fällen, wo der Nachweis der Neurose nicht gelang, irgendwie geartete und nach Umständen recht unaufällige Insulte (Absencen, Vertigo u. dgl.) übersehen wurden.

Die Beobachtung eines Kranken, selbst in einer Krankenanstalt, kann doch keine unausgesetzte sein und die Möglichkeit nocturner Anfälle nie in Abrede gestellt werden. Die Behauptung, dass ein Epileptiker durch viele Jahre von Anfällen seiner Krankheit verschont war, ist deshalb cum grano salis aufzunehmen. Es ist nicht denkbar, dass die epileptische Neurose sich während der ganzen Lebenszeit eines Individuums nur in psychischen Insulten (sog. psychische Epilepsie) äussere, aber larvirt kann die Epilepsie im obigen Sinne lange bleiben. Da ist es denn von grossem klinischen Werth, aus den psychischen Anfalls- und intervallären Symptomen die Diagnose machen zu können.

Bis zu einem gewissen Grad wird diese auch aus dem Erfolg einer antiepileptischen Therapie (Brom) eine Stütze finden. Jedenfalls nähert sich in den besprochenen Fällen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose der Gewissheit.

V.

UEBER EPILEPTISCHE PSYCHOSEN.

Ueber epileptische Psychosen.

Abgesehen von den wohlbekannten Bildern transitorischer psychischer Störung, die als prä-, postepileptische, zuweilen auch als freistehende Anfälle beobachtet werden, abgesehen ferner von den Erscheinungen epileptischen Charakters, die als Stigmata der Epilepsie klinische Verwerthung finden und der im Gefolge der Epilepsie häufig auftretenden Demenz, der Sommer, Bourneville und d'Olier eigenthümliche klinische Züge vindiciren, kommen, jedoch verhältnissmässig selten, bei Epileptikern auch genuine und selbständige Psychosen vor, die bisher nur geringe klinische Würdigung gefunden haben. Zur Klarstellung des Verhältnisses dieser Psychosen zur Epilepsie soll die folgende Studie einen Beitrag liefern.

Eine vorläufige Uebersicht der vorhandenen Literatur und Casuistik lässt das sich ergebende Material unter 3 Rubriken einorden:

1. epileptische Neurose nebst ihren (eventuell auch psychischen) Manifestationen und Psychose finden sich ohne irgendwelche klinische Beziehung bei demselben Individuum, zeitlich von einander geschieden, (blosse Coincidenz).
2. psychische irgendwie geartete Manifestationen der Epilepsie und Psychose bestehen gleichzeitig nebeneinander, üben in Gestaltung der Symptome und Verlauf eventuell Einfluss aufeinander, ohne aber ihre klinische Selbständigkeit und Eigenart zu verlieren oder gar auf ein gemeinsames ätiologisches Moment beziehbar zu sein (blosse Combination).
3. die vorhandene Psychose erscheint bei dem Epileptiker so abweichend von ihren sonstigen bekannten Erscheinungs- und Verlaufsweisen, vielfach geradezu so mit Eigenthümlichkeiten des epileptischen Irreseins ausgestattet, dass sie als eine specifische epileptische Psychose klinisch angesprochen werden muss.

ad 1.

Diese Gruppe bietet kein weiteres unsere Frage nach der Existenz epileptischer Psychosen tangirendes Interesse. In einer Anzahl der hierhergehörigen Fälle scheint bemerkenswerth, dass die Psychose sich im Anschluss an epileptische Insulte, namentlich serienartige Häufung solcher entwickelt hatte. Gnauck (Entwickelung der Geisteskrankheiten aus Epilepsie, Archiv f. Psychiatrie XII) erwähnt aus der älteren Literatur Fälle von simpler Hypochondrie, Manie, „Monomanie“ (Esquirol), von Manie, „delire continuel“, religiöser Melancholie (Morel), Melancholie mit Selbstmord (Griesinger) von allgemeiner Paralyse (Westphal), Zwangsvorstellungen (Russell). Nicht selten kommt in dieser Weise simple Paranoia neben Epilepsie vor. Gnauck berichtet (op. cit.) in Fall 1. 3 hierhergehörige Beobachtungen.

Analoge Fälle haben Raab (Wien. med. Wochenschr. 1882. 36. 37), Vejas (Archiv f. Psych. XVII p. 118), Buchholz (über chron. Paranoia bei epileptischen Individuen 1895) beschrieben. Ich selbst habe mehrfach simple Paranoia neben Epilepsie beobachtet. Auch typische Folie circulaire habe ich gesehen, gleich wie Samt (Archiv f. Psych. VI p. 189) und Falret (Arch. gén. de med. 1861 p. 471). Die Fälle der letztgenannten Autoren betrafen gewöhnliche circuläre Psychose, jedoch waren die Uebergänge der einzelnen Phasen der cyclischen Krankheit durch epileptische Insulte markirt.

ad 2.

Auch Fälle von Combination d. h. Coexistenz von epileptischem Irresein mit anderweitiger Psychose sind mehrfach in der Literatur verzeichnet. Magnan (de la coexistance de plusieurs délires, Archiv. de Neurol. 1. Jahrgang Nr. 1) liefert deren mehrere, so Fall 8 (epileptisches Irresein mit postepileptischem Delirium, daneben Paranoia mit Verfolgungs- und Grössenwahn. Das epileptische Irresein schwindet auf Brombehandlung). Fall 9 und 10 sind dem vorigen ähnlich. In Fall 11 schildert Magnan epileptisches Irresein in Combination mit solchem in Zwangsvorstellungen. Sein Fall 12 ist eine Combination von epileptischem Irresein, zu dem später Melancholie und Alkoholdelir sich hinzugesellen. Nicht selten ist combinirtes Delirium epilept. und tremens (eigene Beobachtung und Magnan, op. cit. Fall 1. 2. 3). Dann fehlt die Erinnerung für die epileptisch deliranten Erlebnisse. kann aber für die des Del. tremens bestehen.

Nicht so selten ist die Combination von circulärer Psychose und epileptischem Irresein. Der folgende Fall ist ein typischer.

Beob. 1. Circuläres nicht epileptisches Irresein, das sich in langen Zustandsbildern von Melancholie und Manie abspielt. Vorausgehend und intercurrent Anfälle von epileptischem Irresein in Form von Delirium, Stupor.[1])

Thür, 21 J., ledig, Kutscherstochter, stammt von einem trunksüchtigen Vater, dessen Schwester melancholisch war. Pat. hatte in der Zahnperiode Convulsionen, war als Kind neuropathisch, kränkelnd.

Die Menses traten mit 14 Jahren ein. Im Anschluss daran Bleichsucht, die bis zum 21. Jahr dauerte. Mit 16 Jahren bekam Pat. nach einer Züchtigung durch den Vater ein acutes hallucinatorisches Delir. Sie wurde ängstlich, im Bewusstsein tief gestört, sprang in den Fluss, sah eine Menge Leute auf sie eindringen, auch Pferde sprengten in Masse gegen sie an. Rasche Lösung des Zustands mit summarischer Erinnerung.

Ein 2. Anfall trat mit 17 Jahren ein, der Beschreibung nach ebenfalls schreckhaftes hallucinatorisches Delir (Tod und Teufel waren immer um sie, der Vater drohte sie mit der Hacke zu erschlagen, sie versuchte sich in ihrer Todesangst zu ersäufen, erdrosseln). Ein 3. analoger Anfall 1 Monat nach Ende des 2. von 14 Tage Dauer. Ein 4. 1876. In diesem Jahre hatte Pat. auch 3 oder 4 Mal allgemeine klonische Krämpfe mit Verlust des Bewusstseins gehabt.

Im Februar 1877 wurde Pat. nach vorausgehenden Convulsionen melancholisch. Nach 5monatlicher Dauer der auf den Rahmen einer Mel. sine delirio beschränkten psychischen Störung trat ein Umschlag in Manie ein. Diesem sollen mehrere epileptische Anfälle vorausgegangen sein, an die sich ein acuter deliranter tobender Zustand (grand mal?) anschloss.

Bei der Aufnahme am 30. 11. 1877 war Pat. in maniakalischer Exaltation. Sie bot heitere Stimmung, neckisches, ausgelassenes, erotisches Wesen, abspringendes beschleunigtes Vorstellen. Sie erzählte, dass sie seit 2 Monaten so glücklich sei und immer lustig, weil sie so gesund sei. Pat. war ungemein erotisch, erzählte von ihren Liebschaften, verliebte sich gleich in die anwesenden Aerzte, die so schöne Herren seien. Sie wollte in einem Athem Nonne werden, heirathen, zeigte überhaupt grosse Begehrlichkeit mit wechselndem Object, schlief wenig, störte durch nächtliches Singen und Predigen. Zur Zeit der Menses steigerte sich das sonst im Rahmen einer man. Exaltation sich bewegende Krankheitsbild vorübergehend bis zur Höhe einer Tobsucht. Unter Bromkali gingen die Menses jedoch später ohne Exacerbation

1) Aus dem Lehrbuch der Psychiatrie d. Verf. 1. Aufl. Bd. III. Beob. 89.

vorüber. Eine tiefere Störung des Bewusstseins ist während dieser ganzen maniakalischen Periode nicht zu bemerken. Mit Ausnahme eines isolirten epileptischen Anfalls am 8. 11. 1877 finden sich keine Beziehungen zu dieser Neurose vor.

Ende März 1878 klingt die Manie ab. Pat. fängt an über Schwere des Kopfes, grosse geistige Behinderung, Unfähigkeit zu denken, zu arbeiten, zu klagen. Diese Symptome werden für Erschöpfungssymptome gehalten. Noch besteht kein Verdacht auf circuläres Irresein, obwohl die lange Dauer des angeblichen melancholischen Prodromalstadiums und das Beharren der Manie auf der Stufe einer maniakalischen Exaltation einigermassen verdächtig erscheinen. Anfang April zeigt sich deutliche melancholische Depression, die sich immer mehr steigert. Pat. erklärt sich für eine grosse Sünderin, bittet um Verzeihung, hat Präcordialangst, möchte gern sterben, ist schlaflos, mimisch sehr verstört. Gastrische Störungen, sehr kleiner Puls, kühle Hände. Vorübergehend Vergiftungswahn. In dem tief melancholischen Zustand zeigen sich stundenweise manische Elemente (heitere Laune, Lachen, Gedankendrang, Unstetigkeit).

Ende April steigert sich die Melancholie bis zu einer leicht stuporösen — starre ängstliche Miene, deutliche Störung des Bewusstseins, grosse Angst. Die Thermometermessungen appercipirt Pat. als Versuche sie todtzustechen, es sind Thiere im Bett, sie hat kein Geld, um hier zu essen. Einmal plötzliches Aufspringen, sie sei ein Hund und müsse Jemand beissen.

Vom 30. 4. an ändert sich die Scene, insofern das bisherige melancholische Zustandsbild eines circulären Irreseins einem bunten, wahrhaft kaleidoskopischen Wechsel von stuporösen, deliranten, depressiven und expansiven Zustandsbildern weicht, die nur eines miteinander gemein haben — grosse Verworrenheit und Bewusstseinsstörung und dadurch an bekannte epileptische Zustandsbilder erinnern.

Am 30. 4. wird Pat. in tiefem Stupor, mit starrer Gesichtsmaske, mit weit aufgerissenen Augen betroffen.

Am 1. 5. tanzt und singt Pat., um gleich darauf wieder sich für eine grosse Sünderin zu halten und den Wunsch zu sterben, zu äussern. In der Folge eigenthümlicher Dämmer-Traumzustand, in welchem in kaleidoskopischem Wechsel stundenlanges Lachen, Grinsen, stuporöses reactionsloses Daliegen, tiefe Depression (einmal mit der Motivirung, weil der Vater auf der Bahre liege) auftreten, jedoch schreckhafte melancholische Elemente und Stupor vorwiegen. Dabei Temperaturen bis 38°, rapider Rückgang der Ernährung.

Am 18. 5. schreckhaftes verworrenes Delir, ganz wie das grand

mal Epileptischer. Brüllen und Toben als Reaction auf schreckhafte Phantasmen. Koprophagie.

Am 20. 5. wieder tiefer Stupor. Zwischendurch Auflachen. In der Folge beständiger, oft binnen Stunden sich vollziehender Wechsel der erwähnten Zustandsbilder bis Anfang December, wo Pat. ruhig, geordnet wird. Dieses Stadium der Lucidität dauert bis 18. 12., wo die maniakalische Phase des circulären Irreseins wieder einsetzt. Pat. ist bis auf die kleinsten Züge wieder dieselbe Persönlichkeit wie das erste Mal. Das maniakalische Stadium dauert mit tiefen Remissionen bis Ende Juli 1879. Im August lucidum intervallum, das bis 20. 10. 1879 dauert und nur zur Zeit der Menses von ganz ephemeren theils leicht manischen, theils melancholischen Zustandsbildern getrübt wird. Im Anschluss an die Menses setzt am 21. 10. die maniakalische Phase des circulären Irreseins wieder ein.

Ein ganz eigenartiges Bild, im Gegensatz zum vorausgehenden Fall von manisch-melancholischem cyklischem Irresein, stellt der folgende dar, insofern an Stelle der melancholischen stuporöse Zustandsbilder treten. Diese Form des circulären Irreseins ist eine seltene. Dittmar erwähnte sie längst. In meinem Lehrbuch der Psychiatrie, VI. Auflage, S. 428 ist sie beschrieben. Sie erscheint mir epilepsieverdächtig, wie überhaupt das stuporöse Zustandsbild. Bezügliche Beobachtungen von manisch-stuporösem Irresein in meinem Lehrbuch, wie z. B. Beobachtung 110 der 1. Auflage und Beobachtung 35 der 6. bieten weitere Verdachtsmomente, so die erstere, wo episodisch Majestäts- und religiöses Delir auftritt, die letztere, indem das Citiren von Bibelstellen, Gottnomenclatur neben der enormen Verworrenheit auffallen. Auffällig sind aber auch jene eigenthümlichen, in der stuporösen Phase episodisch vorkommenden psycho-motorischen Erregungszustände, die in ganz gleicher Weise in den epileptisch-deliranten kurz dauernden Anfällen und in den protrahirten psychischen Aequivalenten der Epileptiker sich vorfinden.

Beob. 2. Cyklisches manisch-stuporöses Irresein.

Joch. C., 25 J., ledig, Bauerntochter, gelangte am 15. 10. 1874 in meiner Klinik in Graz zur Aufnahme. Muttersmutter, Mutter, deren Schwester und eine Schwester der Pat. waren irrsinnig, 5 Geschwisterkinder theils epileptisch, theils irrsinnig gewesen.

Pat. war geistig schwach veranlagt, hatte nie Convulsionen gehabt, ihre Menses mit 14 Jahren bekommen und bald nach der Pubertät

klassische Anfälle von Epilepsie geboten, die aber nur selten wiederkehrten. Im Mai 1870 erkrankte sie, aus unbekannter Ursache, an Tobsucht nach melancholischem Vorstadium und genas nach 7 Monaten. Dieser Anfall wiederholte sich 1872 und war nach 2 Monaten vorüber.

Am 9. 10. 1874 setzte, angeblich nach unmässigem Genuss von Wein, prämenstrual, ohne melancholisches Vorstadium, ein manischer Anfall ein, in welchem Pat. zur Aufnahme gelangte. Dieser bot von einer gewöhnlichen Manie nicht abweichende Züge. Somatisch war, ausser submicrocephalem Schädel, nichts Abnormes aufzufinden.

Am 16. 10. schlug das manische Bild plötzlich in ein stuporöses um. Pat. verharrte in tiefem Stupor mit kataleptiformem Beibehalten von ihr gegebener Posen, mit nur ganz spurweisem temporärem Freierwerden in Bewusstsein und Motilität. Sie bekam Cyanose und Oedem der UE., Herzschwäche, musste gefüttert werden.

Am 27. 10. schwerer epileptischer Insult, mit postepileptischer Verwirrtheit, Schelten, Aggression von $^1/_2$ Stunde Dauer, ohne Beeinflussung des stuporösen Zustandsbildes. Vom 5.—15. 11., unter fortdauerndem Stupor und katatonischem Beibehalten gegebener Stellungen spontane automatische, impulsive, vielfach auch imitatorische Bewegungsacte. So nickt Pat. tagelang pagodenartig mit dem Kopf, macht allerlei Zwangsbewegungen, lacht vor sich hin und bietet zeitweise Nystagmus.

Vom 15. 11. bis 8. 12. tobsüchtiges Zustandsbild (enormer Bewegungsdrang, sexuelle Erregung, Schmieren, Zerreissen, Zerstören u. s. w.), nur ausgezeichnet durch triebartiges, oft geradezu impulsives Gepräge und grosse Bewusstseinsstörung.

Am 8. 12. ist die Erregung wie abgeschnitten. Pat. schwer erschöpft. Sie erholt sich langsam und wird am 24. 7. 1875 genesen entlassen.

Neue Aufnahme am 22. 4. 1877 menstrual, in schwerem, ängstlichem Stupor. Schlaflosigkeit, Widerstand bei Nahrungsaufnahme. Nachlass des Stupor am 25. 4.

Pat. referirt von schreckhaften Stimmen „nimm sie weg“ und Schattenbildern (Gespenster u. dgl.). Abklingender Stupor bis 2. 5., dann leichte manische Exaltation, die binnen 14 Tagen abklingt. Genesen entlassen am 22. 6. 1877.

Neue Aufnahme am 31. 1. 1879 in manischer Erregung, nach mehrtägigem Stupor mit kataleptiformem Verhalten. Bei der Aufnahme tobsüchtiges Bild, aber grosse Bewusstseinsstörung und wahrhaft impulsives motorisches Gebahren (Purzelbäume, Zungeausrecken u. s. w.) neben Ideenflucht, Erotismus, Salivation.

Am 1. 2. Umschlag in ängstlichen Stupor. Beantwortete eine Frage, wo sie sei, mit „in der Ewigkeit“. Diese stuporöse Phase dauert bis zum 1. 5. Mitte Februar leichte Remission, in welcher man erfährt, dass Teufel sie beunruhigen, von Hölle, Verbrennen, Erschossenwerden reden. Die Umgebung wird für Hebräer gehalten, feindlich verkannt. Ende Februar bedeutende Zunahme des Stupor, allgemeine Anästhesie, Mutismus, muss gefüttert werden, kataleptiforme Stellungen, Nystagmus, Pallor.

Vom 27. 4. ab episodisch Vorboten des kommenden complementären Zustandsbildes (Auflachen, automatisches Gangtreten, raptusweises Tanzen).

Am 1. 5. Tobsucht — schwere Bewusstseinsstörung, ganz impulsives Gebahren — Herumschiessen, Purzelbäume, Tischtrommeln, Zungeausrecken — neben Verbigeriren, Grimassiren u. s. w.

Vom 16. 5. ab bunter Wechsel von stunden- bis tagelangen stuporösen und tobsüchtigen Zustandsbildern, mit enormer Verworrenheit.

Von Ende August bis zum 4. 11. tiefe Remission, aber doch leicht stuporöses Zustandsbild, mit nur stundenweisen manischen Reminiscenzen (Singen, Lachen u. s. w.).

Vom 4. 11. wieder tiefer Stupor, mit Krampfpuls, Pallor des Gesichts, cyanotischen ödematösen UE., leichter l. Ptosis, Mutismus. Episodisch Pat. etwas freier, dann auch einige sprachliche Aeusserungen. Im December 2 Mal ängstlich delirante Episoden von wenigen Stunden Dauer, ohne Beziehung zu epileptischen Symptomen, die seit 27. 10. 1874 nicht mehr zur Beobachtung gelangten. Pat. delirirt von Abgeschlachtetwerden, Hölle, Lebendigbegrabenwerden u. dgl.

In fortdauerndem Stupor Anfang 1880 Versetzung in eine Siechenanstalt.

Aus Mittheilungen dieser ergiebt sich, dass das Krankheitsbild bis zu dem am 22. 2. 1882 an „Herzlähmung“ erfolgten Tode der Pat. sich wesentlich gleich blieb, aber im letzten Lebensjahr sich Dementia entwickelte. Wiederholt beobachtete man noch „syncopeartiges Zusammenstürzen mit tiefblassem Gesicht, dabei Bewusstsein auf circa eine halbe Stunde erloschen.“

ad 3.

Die folgenden Blätter sind der Untersuchung gewidmet, ob es nicht Psychosen, d. h. selbstständige psychische Erkrankungen von einiger Dauer und abschliessendem Verlauf giebt, die, vermöge gewisser Eigenthümlichkeiten ihrer Symptomatik und ihres Verlaufs, Züge des epileptischen Irreseins aufweisen und dadurch von gleichartigen,

sicher nicht auf epileptischer Grundlage stehenden Bildern des Irreseins gründlich differiren.

So naheliegend die Vermuthung ist, dass diese Differenz in Beziehungen zu einer epileptischen Neurose ihre Erklärung finde, wäre es beim gegenwärtigen Stande unseres klinischen Wissens, speciell unserer Kenntnisse von dem diagnostischen Werth gewisser Syndrome und gewisser Wahnideen gewagt, einen solchen Schluss unter allen Umständen zu ziehen. Um zu einer allmäligen Klärung dieser Frage zu gelangen, welche allerdings einen werthvollen diagnostischen Fortschritt bedeuten würde, indem sie die ätiologische Klarstellung gar mancher klinisch dunkler Krankheitsbilder erschlösse, gebietet es die Vorsicht, nur solche Fälle heranzuziehen, bei welchen über das Vorhandensein von Epilepsie kein Zweifel obwaltet. Dadurch gewinnt die klinische Untersuchung jedenfalls eine sichere Grundlage, aber die Ausbeute an bezüglichen Fällen wird empfindlich geschmälert, sodass der Versuch, aus der dürftigen vorliegenden Casuistik Schlüsse zu ziehen, ernstlichen Schwierigkeiten begegnet.

Unter Verweisung auf meine Studie (S. 119) über „idiopathisches periodisches Irresein in Form von Delirium", das ich nunmehr als eine epileptische Psychose zu bezeichnen mich berechtigt glaube, theile ich zunächst Fälle von Psychoneurose bei Epileptikern mit, die vermöge ihrer Symptome und ihres Verlaufes eigenartig sind und sicher Beziehungen zur gleichzeitig bestehenden Epilepsie haben.

Beob. 3. Mania mitis peracuta, mit epileptischen Delirien bei einem Epileptiker. Dieselbe (psychische) Aura vor den manischen wie vor den epileptischen Anfällen.

G., 58 J., pens. Beamter, wurde am 2. 12. 1892 auf meiner Klinik aufgenommen, da er auf offener Strasse durch Knieen, Beten und Gestikuliren sich auffällig gemacht hatte. Mutter hatte an schwerer Migräne gelitten. Sonst nichts erblich Belastendes aufzufinden.

Pat. bietet rachitisch hydrocephalisches Cranium, hat bis zu seinem 8. Lebensjahre an Convulsionen gelitten. Mit 10 Jahren schwere Kopfverletzung, mit restirender, am Knochen fixirter Narbe auf dem l. Scheitelbein. Mit 13 Jahren erster Anfall von klassischer Epilepsie. Mit 17 Jahren erster Anfall von Mania mitis acutissima (heiterer Erregungszustand, Bewegungsdrang, Dauer einige Stunden, getreue Erinnerung). Von der Pubertät ab bis 1891 Anfälle von Augenmigräne, etwa 1 Mal monatlich.

Pat. war von weiteren Krankheitserscheinungen verschont geblieben, hatte, seit seinem 34. Jahre in kinderloser Ehe lebend, eine

gleichmässige ruhige, sorgenfreie Existenz gehabt und nur mässig getrunken. Ohne allen Anlass trat 1882 eines Nachts ein Zustand von religiös expansivem Delirium ganz plötzlich auf. Pat. war in diesem etwa $1^1/_2$ Tage währenden Zustand sehr erregt, verworren, schlaflos, erklärte sich für Adam, seine Frau für Eva, sprach beständig vom Himmel, in welchen ihn der hl. Petrus nicht einlassen wolle.

Plötzliche Lösung des Zustands. Amnesie.

Solche Anfälle wiederholten sich alle paar Jahre in typisch congruenter Weise bis 1891.

Von nun an litt Pat. an klassisch epileptischen Anfällen, die etwa alle 14 Tage und oft serienartig gehäuft wiederkehrten. Voraus ging solchen regelmässig ein Gefühl unendlichen psychischen Wohlbehagens und psychischen Gehobenseins (psychische Aura). Diese Anfälle kehrten in der bis 1896 reichenden Beobachtungszeit typisch wieder.

Als Pat. am 2. 12. 1892 aufgenommen wurde, bot er das typische Bild einer hochgradigen manischen Exaltation, die sich im Verlauf vorübergehend bis zur Höhe der Tobsucht steigerte.

Pat. geht in übermüthig heiterer Stimmung zu. Er motivirt sie damit, dass er ein reicher Mann und der ewigen Seligkeit sicher sei. Er wird sein Vermögen den Armen schenken, um Gott wohlgefällig zu sein. Sein Gesicht strahlt vor Freude, er sucht Jeden zu umarmen und zu küssen, rühmt seine Gesundheit, Kraft, sein Glück, seinen Reichthum. Man solle seine Muskeln bewundern, er habe Riesenkräfte, sei enorm potent. Vorübergehend arg obscön. Pat. geht, läuft, tanzt, springt unaufhörlich. Sein Redefluss ist unerschöpflich, Association und Diction äusserst erleichtert. Er ergeht sich in Knittelversen, in denen vielfach von Kraft und Glück, vom Kaiser Josef, von Christus, vom Teufel die Rede ist. Episodisch, namentlich auf der Höhe des Anfalls, zeigten sich Gottnomenclatur, Majestätsdelir und Ansätze zu schreckhaftem Delir. Auch während dieser Episoden ist das Bewusstsein nicht getrübt und bleibt Pat. zeitlich und örtlich vollkommen orientirt. Er erklärt z. B., er sei jetzt im Himmelreich, der eine Arzt ist Kaiser Josef, der andere Gott Vater, aber, wenn darüber interpellirt, erklärt er dies nur zum Spass gesagt zu haben und wohl zu wissen, dass er in der Klinik sei, weil ihm wieder einmal ein Radel im Gehirn losgegangen sei.

So bramarbasirt er, ohne die Selbstcontrole zu verlieren, er sei jetzt im Paradies, sei Adam, seine Frau die Eva, der jüngste Tag sei nahe, er habe aber nichts zu fürchten, er werde bald vor dem lieben Gott stehen, seine Himmelfahrt sei nahe. Der Arzt ist Christus. Christus war auch ein Doctor, hat Blinde sehend und Lahme gehend

gemacht. Er selbst war schon einmal im Paradies, hat dort Aepfel gegessen. Die waren aber sauer und er bekam davon stumpfe Zähne. Jetzt kommt das jüngste Gericht, er sieht schon die Engel am Himmel und hört sie singen. Gleich wird er in den Himmel auffahren. Vorher muss er noch geschwind die Todten erwecken.

Daneben und dazwischen Majestätsdelir — hat mit dem Kaiser Josef zu thun, den er so sehr liebe, muss beständig an den Kaiser Ferdinand denken, erzählt Anecdoten von diesem Monarchen.

Ganz flüchtig tauchen depressive Vorstellungen und Sinnestäuschungen auf — er sieht Bären, die nach ihm schnappen, spürt, dass der Teufel sich nähert, fürchtet aber nicht den Kampf mit diesem, Kaiser Josef wird kommen und ihm helfen.

Solche Anfälle von Manie, mit eingestreuten Erscheinungen eines epileptischen Delirs werden bis Anfang 1896 unzählige beobachtet. Sie traten in den letzten Jahren immer häufiger, bis zu 6 in einem Jahre auf, waren bis in die Details einander gleich, nur durch Intensitäts- und Dauerunterschiede different. Nie zeigte sich ein zeitlicher und überhaupt klinischer Zusammenhang mit den etwa alle 14 Tage wiederkehrenden epileptischen Insulten, ebensowenig mit etwaigen Migräneanfällen, die seit 1891 durch die epileptischen geradezu vertreten wurden.

Aber die Aura jener manischen Anfälle war die gleiche wie die der epileptischen.

Pat. berichtete übereinstimmend nach solchen manischen Insulten, dass plötzlich ein Gefühl von Glückseligkeit, Freude, grosser Kraft und Gesundheit über ihn komme. Da dränge es ihn dann unwiderstehlich, sich zu entäussern, aus sich herauszutreten. Alles komme ihm dann schöner vor, er empfinde die ihn umgebende Natur viel herrlicher. Er bekomme dann auch wollüstige Empfindungen und Gedanken, fühle sich geschlechtlich leistungsfähig wie ein Zwanzigjähriger. Die Dauer dieser Aura betrage bis zu Stunden. Es sei gerade so wie vor seinen epileptischen Anfällen. Zuweilen habe er diese Aura geradeso wie vor Anfällen, ohne dass es zu solchen komme. Dieses ganz unerklärliche Wohlbefinden und Glückseligkeitsgefühl dauern aber in solchem Falle höchstens Minuten.

Das Eintreten der manischen Anfälle ist ein plötzliches, wie bei periodischen. Die Acme wird binnen Stunden erreicht. Die längste Dauer jener beträgt 3 Tage. Regelmässig geschieht es, dass 1—3 Tage nach Lösung des Anfalls ein zweiter und zwar gegen Abend erfolgt, der milder und rascher (abortiv) binnen 16 Stunden verläuft, im Uebrigen aber eine getreue Copie des ersten ist.

Die Lösung des Anfalls vollzieht sich in der Weise, dass Pat., der bisher schlaflos war, Abends sich noch in voller Manie zur Ruhe begiebt, nach gut durchschlafener Nacht normal erwacht oder indem während des letzten Tages der manische Erregungszustand rasch abklingt.

Danach ist Pat. erschöpft, klagt über grosse Mattigkeit, Abgeschlagenheit und über Kopfweh, sitzt stundenlang ruhig da, verstimmt über die beständige Wiederkehr seines Leidens und hat grosses Schlafbedürfniss.

Jeweils im Status retrospectivus ergiebt sich, dass Pat. treue Erinnerung für alle Details seiner Krankheitserlebnisse hat. Er versichert, zeitlich und örtlich immer orientirt gewesen zu sein und das Krankheitsbewusstsein nie verloren zu haben. Pat. erklärt, er könne hinterher nicht begreifen, wie er solchen Unsinn sprechen und solche dumme Ideen haben konnte.

Er berichtet von elementaren und complicirten Gesichts- und Gehörshallucinationen, die er jeweils im Anfall habe. So habe er Lichtblitze, sehe wie die Gesichtszüge der Anwesenden sich beständig verändern, sehe den Teufel, schwarz, mit Hörnern, Engel, seine Frau, schreckhafte Bären. Er höre Gemurmel, liebliche Töne, die immer heller werden, Melodien, seinen Namen, verworrene Zurufe.

Intervallär bietet Pat., ausser seinen gelegentlichen epileptischen Anfällen, nichts auf epileptische Neurose Hinweisendes. Bigotterie ist ihm fremd.

Bemerkenswerth ist noch, dass Pat., als er 1892 kam, eine beiderseitige leichte Ptosis bot, die aber durch Willenseinfluss behebbar war. Auch war im Anfall die l. Pupille weiter als die r., die Reaction aber normal. Intervallär traten Pupillendifferenz und Ptosis ziemlich zurück. Von 1894 ab fand sich nur noch paroxysmale leichte l. Ptosis.

Körperlich erwähnenswerth wäre noch mässige Atheromatose und eine Stenose der Aortaklappen.

Da Pat. seit Anfang 1896 nicht mehr zur Aufnahme gelangt war, zog ich beim Abschluss vorstehender Krankheitsgeschichte (April 1898) Erkundigungen über ihn ein. Seine Frau hatte ihn dazu gebracht täglich 3.0 Bromsalz einzunehmen und sich, abgesehen von einem Glase Bier, geistiger Getränke ganz zu enthalten. Pat. hatte 1896 und 1897 nur mehr einen epileptischen Anfall monatlich, seit Januar 1898 gar keinen mehr. Von psychischen Insulten war er ganz verschont geblieben.

Epikrise. Die Epilepsie des Pat. ist zweifellos. Ihre Aetiologie (erbliche Belastung von Seiten der mit Migräne behafteten Mutter,

Cranium hydrocephalicum, Kopfverletzung) ist nicht sicherzustellen. Da die Narbe am Kopf nie Symptome machte, keine Aura von ihr aus sich entwickelte, kann von einer traumatischen Epilepsie Sens. strictiori nicht die Rede sein, jedoch kann das Trauma capitis als die Entwickelung einer „epileptischen Veränderung" begünstigendes Moment nicht bedeutungslos erklärt werden.

Mit 13 Jahren erster und isolirter epileptischer Insult, mit 17 Jahren ein analoger Anfall von Mania acutissima, durch Verbleiben auf der Stufe einer manischen Exaltation auffällig.

Vom 17. Jahre bis zum 48. Schweigen der Epilepsie, eventuell äquivalente Augenmigräne. Vom 48.—57. Jahre seltene specifische epileptische Anfälle von Delirium mit Amnesie.

Vom 57. Jahre ab, unter Schwinden der Augenmigräne, Wiederkehr klassischer epileptischer Insulte. Vom 58. Jahre ab peracute manische Erregungszustände, mit hinzutretenden typischen epileptischen Delirien.

Auch ganz abgesehen von dieser letzteren Thatsache, bieten diese manischen Anfälle ein hohes klinisches Interesse.

Sie kehren periodisch oder beständig recidivirend wieder, sind typisch congruent und erinnern damit an Typen periodischer Manie, aber in solch peracuter Verlaufsweise spielt sich diese psychische Krankheitsform nicht ab.

Es fehlen diesen manischen Zuständen aber auch alle klinischen Detailerscheinungen der (degenerativen) periodischen Manie.

Von einer Zorntobsucht (Mania furiosa), die beständig recidivirt, kann auch nicht die Rede sein, ebensowenig lässt sich diese Mania mitis acutissima in den Rahmen der Mania transitoria einreihen.

Es handelt sich um ein ganz eigenartiges manisches Irresein, das seine Signatur durch peracuten Verlauf und Verbleiben auf der Stufe einer blossen manischen Exaltation bekommt.

Transitorische Psychose hat eine symptomatische Bedeutung. Peracuter Verlauf weist, als symptomatisch reactive Erscheinung einer dauernden Veränderung im Centralorgan, auf eine solche hin, ausgenommen es handelt sich um transitorisches Irresein ab intoxicatione. Ueberaus häufig ist die dauernde Veränderung eine Neurose und zwar meist Epilepsie. Die herrschende Annahme auf Grund thatsächlicher Erfahrung geht dahin, dass die durch Epilepsie hervorgerufenen psychopathischen Bilder sich auf der Stufe eines Dämmer- oder Traumbewusstseins abspielen und getrübte Erinnerung bis zu vollständiger Amnesie hinterlassen.

Keine Regel ohne Ausnahme! Selbst für den gewöhnlichen epi-

leptischen Anfall ist Aufhebung des Bewusstseins nicht unerlässlich. Auch psychische Aequivalente desselben, seine postepileptische und freistehende psychische Anfälle können ohne Bewusstseinstrübung und ohne Erinnerungsdefekt ablaufen. Wildermuth (med. Corr.-Blatt d. Würtemb. ärztl. Landesvereins LX 11) hat solche psychisch-epileptische Anfälle ohne Bewusstseinsstörung zum Gegenstand einer eingehenden Studie gemacht.

Dass im vorstehenden Falle die Psychose in voller Bewusstseinshelle und ohne restirenden Gedächtnissdefekt sich darbot, kann die Berechtigung, sie mit der epileptischen Neurose in Beziehung zu bringen, nicht aufheben. Es fragt sich, was das für Beziehungen sind? Die psychische Aura der manischen Insulte ist identisch mit der der epileptischen. Die Deutung kann nur in dem Sinne geschehen, dass man diese manischen Anfälle für allerdings sehr seltene psychische Aequivalente eines epileptischen Insults erklärt.

Jeder weitere Deutungsversuch ist bedenklich. Ueber epileptische Veränderung, über Das, was im epileptischen und im manischen Anfall im Gehirn vor sich geht, weiss man eigentlich nichts.

Mit der klinischen Auffassung des vorstehenden Falles als eines solchen von symptomatischer Manie im Rahmen der epileptischen Neurose würde sich die Eigenart dieser Manie hinsichtlich Symptomatik und Verlauf erklären lassen. Den eingestreuten epileptischen Delirien kann nur ein nebensächlicher diagnostischer Werth zuerkannt werden.

Der vorausgehende Fall hat manches gemein mit einem früher von mir beobachteten.

Beob. 4. D., 42 J., Kellner, von neuropathischem Vater und sehr jähzorniger Mutter, erhielt von dieser, als er 12 Jahre alt war, mit einem Scheit Holz einen Schlag auf den Hinterkopf, der eine Narbe aufweist. Im Anschluss daran häufige Enuresis durch 4 Jahre. Pat. war kein Trinker. Mit 40 Jahren erster epileptischer Insult ohne palpable Ursache. Anfälle in Pausen von mehreren Monaten wiederkehrend. Keine Aura vor denselben. Alle 1—2 Monate paroxystische Zustände grosser Heiterkeit und Selbstzufriedenheit, ohne Bewusstseinstrübung. Dauer circa 10 Minuten. Er schämte sich hinterher solcher Zustände von Ausgelassenheit.

Anfang März 1883 letzter epileptischer Insult.

Am 22. 3. 1883 unvermittelte und plötzliche Entwickelung eines manischen Exaltationszustandes. Nach schlafloser Nacht geht Pat. am 23. früh auf meiner Klinik zu in manischer Erregung. Er singt, spricht unaufhörlich, ist höchst ausgelassen. Eine Probe seines Ge-

dankenganges ist folgende: „mein Koffer ist auf der Bahn, mein Frack in P., ich im Spital — juhe! wie kommen wir wieder zusammen! Furcht kenne ich nicht, der Teufel kann mich .... lecken; Morgen gehen wir es an, echt österreichisch!“ Pat. bietet das Bild eines gewöhnlichen manischen Exaltationszustandes. Nachmittags wurde er plötzlich ruhig, ganz geordnet, bot keine Erinnerungslücke und wusste keine Erklärung für diesen plötzlich über ihn gekommenen Ausnahmszustand. Nach wenigen Tagen entlassen.

Epikrise. Auch in diesem Fall von sicherer Epilepsie erscheint das peracute Auftreten und Verlaufen einer Mania mitis höchst auffällig und die Annahme eines psychisch epileptischen Aequivalents im Sinne der obigen Auseinandersetzungen berechtigt.

Es fragt sich, ob die früheren Anfälle à la minute Auraerscheinungen oder abortive Insulte gewesen sind.

Auch in dem folgenden Fall findet sich bei sicherer Epilepsie ein manisches Bild mit eigenthümlichen Details.

Beob. 5. M., 39 J. Taglöhnerin, aufgenommen März 1873, stammt von epileptischer Mutter, wurde mit 20 Jahren nach Schreck epileptisch. Die Neurose manifestirte sich seither in Form von alle paar Tage wiederkehrenden klassischen Insulten.

Seit 3 Jahren hatten sich Schwachsinn, grosse Reizbarkeit und zeitweilig, ausschliesslich postepileptisch, wenn auch um Tage vom letzten Insult getrennt, Zustände von manischer Erregung eingestellt. Pat. wurde dann unstet, erotisch zudringlich, bot Bewegungsdrang und Redesucht, wobei sie ausschliesslich sich ihrer Muttersprache (Slovenisch) bediente, wurde unzufrieden, begehrlich, reizbar, bis zu Gewaltthätigkeiten, war andauernd schlaflos, nicht verwirrt, nicht hallucinirend. Der Zustand steigerte sich nie bis zur Höhe förmlicher Tobsucht. Nach längstens 8 Tagen kehrte Pat., die im Anfall durch Pallor und verstörte Miene besonders auffallend gewesen war, durch ein Stadium mehrtägiger Umdämmerung, Morosität, Mattigkeit, Schläfrigkeit zur relativen Norm zurück. Solche Anfälle kehrten, typisch congruent, etwa alle 6 Wochen wieder.

Nie fand sich Erinnerungsdefekt vor. Intervallär Schwachsinn, Reizbarkeit, zeitweise Kopfweh, Intercostalneuralgie. Unter Brombehandlung wurden die convulsiven Anfälle selten und die manischen blieben ganz aus. Eines Tags weigerte Pat. das weitere Einnehmen. Einige Tage später Stat. epilepticus. Tod. Section: Oedema Piae et cerebri. Echinococcencysten: 1. haselnussgross im unteren Theil der l. 3. Stirnwindung. 2. dito im unteren Abschnitt des ventric. IV, leicht abheb-

bar vom Ependym, über die striae acust. hinaufreichend und seitlich zwischen die kammartig hervorgetriebenen eminent. teretes eingekeilt; 3. erbsengross in der a. o. Spitze des l. corpus striat.

Epikrise: Auch dieser Fall, obwohl dem Bild einer periodischen Manie sich nähernd, ist auffällig durch seine kurze Dauer, seine Lösung durch einen Dämmerzustand. Seine Zugehörigkeit zur Epilepsie durch postepileptisches Auftreten ist nicht zu bezweifeln.

Der folgende Fall betrifft einen kürzlich beobachteten Epileptiker, der ganz unmotivirt und transitorisch das Bild einer Melancholia acutissima und hinterher für die ganze Krankheitszeit Amnesie bot.

Beob. 6. D., 23 J., Schlossergehilfe, von gesunden Eltern, hat mit 2 Jahren eine Zeit lang an heftigen Convulsionen gelitten. Seit 8 Jahren, ohne Anlass (Pubertät) epileptische Anfälle, die anfangs nur allmonatlich, seit 1 Jahre jede Woche wiederkehrten. Mässige Lebensweise, Jähzorn, bisher nie geistige Störung. Am 20. 1. 1898 Abends wurde Pat. dadurch auffällig, dass er ängstlich, verstört wurde. Zu Bett gebracht, blieb er nicht darin, verbrachte die Nacht zum 21. schlaflos, betend. Er faltete die Hände, jammerte und rief beständig, „mein Gott, o mein Gott!“ Auf wiederholte Fragen, was er habe, erklärte er „ich will brav sein, so dumm war ich.“

Auf der Klinik aufgenommen, normaler somatischer Befund. Schädel ohne Besonderheiten.

Pat. ängstlich gehemmt, in erwartungsvoller Spannung, Eingriffen von Aussen wird passiver Widerstand entgegengesetzt, Nahrung refüsirt. Vom Moment seiner Aufnahme an kniet Pat. im Bette, mit gefalteten Händen beständig vor sich hinmurmelnd „Gott o mein Gott!“ Auf eindringliches Befragen entäussert Pat. spärliche Selbstanklagen, er sei ein grosser Sünder, habe einst Unkeuschheit getrieben und sei nun zur Strafe hier im Fegfeuer. Weitere Auskunft ist nicht zu erlangen. Er verharrt in Seufzen und Gebet und beachtet kaum die Vorgänge um ihn. Die Nacht zum 22. bringt Pat. regungs- und schlaflos im Bette zu. Er hält die Augen zugekniffen, erklärt, er dürfe sie nicht öffnen, zeigt aber auf Verlangen die Zunge. Am 22. Nachmittags 5 Uhr kommt Pat. plötzlich aus diesem Zustand heraus, ist lucid, geordnet, hat Amnesie für die ganze Krankheitszeit. Er kann sich nicht erklären, wie er dazu gekommen. Im Anschluss an einen epileptischen Insult war der Anfall nicht aufgetreten. Pat. wurde nach wenigen Tagen entlassen und bot nichts Pathologisches mehr.

Zu den bestgekannten Categorien des epileptischen Irreseins gehören psychopathische Zustände, die in der Regel als freistehende Anfälle und nach Art einer selbständigen Psychose (hallucinatorischer Wahnsinn) einsetzen und verlaufen. Da Aeusserungen der epileptischen Neurose in Gestalt von klassischen Insulten hier selten vorkommen, ganz entschieden durch Jahre vollkommen fehlen können, erscheint die Beziehbarkeit solcher Psychosen auf eine epileptische Grundlage schwierig und unsicher. Samt, in seiner verdienstvollen Arbeit über epileptische Irreseinsformen, (Archiv f. Psychiatrie V. VI) hat die These aufgestellt, dass man aus Eigenthümlichkeiten der Symptomatik und des Verlaufes die epileptische specifische Bedeutung gewisser Irreseinsfälle erschliessen könne, die einer oberflächlichen klinischen Betrachtung gegenüber in die psychologischen Formen der Melancholie Manie u. s. w. eingereiht worden seien. Damit verlegte er das diagnostische Schwergewicht nicht sowohl in den Nachweis von Manifestationen der epileptischen Neurose, als vielmehr in die klinischen Eigenthümlichkeiten des psychopathischen Zustands.

Damit entging er der Gefahr, in die Andere kritiklos sich begeben haben, indem sie Psychosen bei Epileptikern, die blosse Erscheinungen zufälligen Zusammentreffens waren, für epileptische Psychosen erklärten. Er sicherte sich aber bei der Unerprobtheit seiner diagnostischen Kriterien nicht gegenüber der Möglichkeit in Symptomen und Verlauf ähnliche, mit Epilepsie gar nicht in Beziehung stehende Krankheitsbilder für specifisch epileptische zu halten.

Dieser Gefahr kann begegnet werden, wenn man nur solche Fälle zur Discussion stellt, in welchen die Existenz der Epilepsie zweifellos nachgewiesen ist.

Finden sich unter dieser Voraussetzung die von Samt geltend gemachten Kriterien immer und immer wieder, so wird man die Berechtigung seiner Anschauungen anerkennen und auch Fällen ohne Nachweis der epileptischen Neurose, Angesichts der thatsächlichen Seltenheit ihrer Manifestationen und ihrer leichten Uebersehbarkeit, die Bedeutung specifisich epileptischer Psychosen vindiciren müssen. Die Nachfolger Samt's haben viel eher seinen Standpunkt bemängelt, als klinische Beweise für das Pro oder Contra seiner Anschauungen beigebracht. So begreift es sich, dass auf diesem Gebiete noch gar vieles sub judice steht, der Fortschritt zur ätiologischen Diagnostik behindert ist, und viele Fälle in der Praxis mit der Diagnose „Wahnsinn", „Melancholie mit Stupor", „Tobsucht" abgefertigt werden, die einem besseren Verständniss im Sinne ätiologischer Gesichtspunkte zugänglich wären.

Den Spuren Samt's folgend, der als „protrahirte psychische Aequivalente“ und als „chronisch protrahirtes Irresein“ ähnliche Fälle geschildert hat, theile ich nachstehende Beobachtungen mit, denen ein eigenartiges und vielfach mit Samt's Kriterien übereinstimmendes Gepräge jedenfalls nicht abgesprochen werden kann. Meine Casuistik schrumpft sehr dadurch zusammen, dass nur in der Minderzahl meines Erfahrungsmaterials Epilepsie beim Träger der Psychose nachweisbar war. Gleichwohl erscheint es rathsam, nur solche Fälle von epileptischem „Wahnsinn“ für dessen Studium heranzuziehen.

Beob. 7. Postepileptisches, mehrere Monate sich protrahirendes Aequivalent (Verfolgungs- und religiöses Delirium im Sinne des grand mal)[1]).

G., 30 J., Bäcker, stammt von angeblich gesunden Eltern. Eine Cousine leidet an schwerer Hysterie, eine Schwester an Chorea. In der Zahnperiode litt Pat. an Convulsionen; er erlernte das Sprechen erst mit 5 Jahren, machte mit 7 Jahren einen schweren Typhus durch, bekam in der Pubertätszeit epileptische Anfälle, in welchen er sich wiederholt auf die Zunge gebissen haben will. Diese Insulte verloren sich bald, dafür kamen gelegentliche, bis 1 Stunde dauernde Zustände von Umdämmerung des Bewusstseins. Vor 3 Jahren hatte er einen 8 Tage dauernden, schreckhaft deliranten psychischen Ausnahmszustand, wahrscheinlich grand mal.

Seit Herbst 1880 hatte Pat. viel Gemüthsbewegungen und Kränkungen. Im December 1880 schrak er, als ihn der Schwager einmal aus dem Schlafe weckte, heftig zusammen, erlitt einen epileptiformen Anfall, fühlte sich seitdem im Kopfe nicht recht beisammen, war schreckhaft, empfand gelegentlich üble Gerüche, hörte Musik, Stimmen, dass er erschossen werden solle, sah Räuber.

Der Umgebung erschien er einsilbig, gedrückt, unheimlich, man fürchtete sich schliesslich vor ihm.

Am 9. und 10. Januar 1881 war Pat. auf einer Reise mit seinen Verwandten in der Nähe von Graz. Am 10. bekam er einen epileptischen Insult und in sofortigem Anschluss brach ein postepileptisches schreckhaftes Delir aus. Er appercipirte die Umgebung als Räuber, floh entsetzt nach Graz, erschien dort am 11. Morgens im Café, bestellte Frühstück, nahm es aber nicht, legte sich auf eine Bank, fiel mehrmals herunter, bekam klonische Krämpfe, klagte Uebelkeit, fing an zu toben, wurde geknebelt und ins Spital gebracht. Dort kommt er ängstlich, verstört, aufgeregt an, tobt und schreit, delirirt von

1) Aus des Verf. Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. (Beob. 51.)

Strolchen, die ihn überfallen, gefesselt, ihm Hände und Füsse abgeschlagen und Alles weggenommen hätten. Er glaubt sich hier in einer Räuberhöhle, in einer Löwengrube, schläft die Nacht auf den 12. nicht, sieht Schlangen, Löwen, Räuber, Huren, verkennt die Umgebung feindlich, wird aggressiv.

Am 12. Morgens wird er ruhiger, erzählt, er sei auf einer Reise von Räubern überfallen worden, nach Graz geflohen, dort neuerdings Räubern in die Hände gefallen. In letzter Nacht sei er in einer Mörder- und Löwengrube gewesen. Er habe schreckliches Böllerschiessen, Brausen, Musik gehört, überall Mörder und wilde Thiere gesehen, Hände und Füsse abgeschlagen, sich ganz verlassen gefühlt und vor Angst gezittert.

Nachmittags ist er vorübergehend nahezu lucid, giebt seine epileptischen Antecedentien an. Bald wird er wieder im Bewusstsein sein gestört, delirant, verworren, erklärt die Umgebung für Juden, Könige aus dem Morgenland, Hirten mit dem Morgenstern, sich selbst für den armen Lazarus, für einen Lehrer, reproducirt seine Delirien von Ueberfall durch Räuber und Verfolgung durch wilde Thiere, glaubt sich in einem Stall. Abends ist er Lehrer in der Elementarschule zu Jerusalem mit 400 fl. Gehalt. Der Director dieser Schule heisst Longinus (!). Es wird deutsch und hebräisch vorgetragen. Daneben finden sich Reminiscenzen des Persecutionsdelirs, aber auf biblisches Gebiet übertragen. — Als er von Jerusalem nach Jericho ging, haben ihn Räuber geplündert. Priester und Leviten gingen vorüber und liessen ihn liegen, der Samariter schenkte ihm eine Hose und so konnte er weiter nach Graz. Abends hält er noch den Schulkindern einen Vortrag.

Am 14. Morgens glaubt er sich in Nazareth, im Jahre 1871, er sei übers schwarze Meer dahin gefahren; dann meint er wieder in Bethlehem im Stall zu sein. Im Laufe des 14. ist er relativ lucid, wieder der Bäcker G. und im Stande, einige Mittheilungen über sein früheres Leben zu machen. Er hat nur höchst summarische Erinnerungen aus der letzten Zeit, erinnert sich nicht seiner biblischen Delirien, wohl aber seiner persecutorischen, corrigirt sie theilweise, bleibt aber mimisch verstört, dämmerhaft, ängstlich, gereizt.

Die Nacht auf den 15. schlief er wenig, war Nachts im Tempel, sah lauter Pharisäer und Schriftgelehrte. Tagüber moros, gereizt, ist er Nachts auf den 16. aufgeregt, schreit: „dieser Stall muss zerstört werden“. Er behauptet, durch seine Lehren im Tempel den Zorn der Pharisäer hervorgerufen zu haben, in den Kerker geworfen zu sein. Die Aerzte hält er für Pilatus, Schriftgelehrte und Pharisäer, die

Wärter für Henkersknechte. Er ist in Bethlehem geboren 1851; sein Vater war Zimmermann, hiess Josef, seine Mutter Maria; er heisst Franz Grabner. Er ist von Palästina übers Wasser nach Jerusalem gefahren, seit 3 Tagen dort. Kaiphas hat ihn in den Kerker werfen lassen. Der Wärter ist ein Soldat des Hauptmanns von Kapernaum. Schwere Bewusstseinsstörung, grosse Gereiztheit, mimisch tief verstört, droht jeden Augenblick, auf die Umgebung loszufahren. Auf Momente ist er etwas freier, weiss sich im Krankenhaus.

Am 17. proklamirt er sich als Christus, aber gereizt und mit der Erklärung, dass er von den Juden und Pharisäern hier ans Kreuz geschlagen wird. Er glaubt sich hier im Saal (Hörsaal) vor Pilatus, ein bei der klinischen Demonstration des Kranken anwesender Regimentsarzt in Uniform imponirt ihm als Herodes, er packt einen Stuhl, will auf den Herrn eindringen. Die folgenden Tage ist Pat. schweigsam, von inneren Vorgängen absorbirt, tief gestört im Bewusstsein, gereizt, unheimlich. Er schläft fast gar nicht, weigert oft Essen, weil Gift darin sei, erklärt sich für den ägyptischen Josef, mich für Pilatus, die Assistenten für den Mundschenk und den Bäcker.

Am 20. 1. Abends ist Pat. vorübergehend relativ lucid, bald aber wieder verworren, gereizt, unzugänglich. Vom 21.—24. mehrere epileptische Anfälle mit episodischem Stupor und panphobischem Delirium. Von da an klärt sich allmälig das Bewusstsein. Pat. ist wieder der Grabner. Er hat summarische Erinnerung für die Erlebnisse der letzten Tage, klagt, dass es ihm immer sei, als ob Räuber und Mörder um ihn wären und man ihn kreuzigen wolle. Nachts halte man ihm immer falsche Anklagen vor. Er corrigirt seine biblischen Delirien, erzählt, dass er die Umgebung für biblische Personen hielt, weil er sie in prunkhaften Gewändern gesehen und Weihrauchdüfte gerochen habe. Pat. ist in der Folge sehr matt, erschöpft, schlafbedürftig, leicht dämmerhaft.

Am 7. und 11. 2. epileptoider Anfall (allgemeiner Schüttelkrampf bei erloschenem Bewusstsein). Seitdem noch dämmerhafter, verschlafener als vorher, wieder mehr moros und reizbar.

In der Nacht auf den 5. 3. entsteht Feuerlärm im Spital. Pat. hört ihn, wird sofort wieder delirant, tobt die Nacht hindurch vor Angst, behauptet am anderen Morgen, er sei im Feuer gewesen, habe sich verbrannt. Nun kommt wieder das schreckhafte Verfolgungsdelir (Juden, Räuber).

Am 13. 3. 1881 wird er der Irrenanstalt übergeben, in welcher er in der beschriebenen Weise bis Mitte Mai delirant bleibt. Die Erinnerung für die Erlebnisse des Delirs ist eine höchst summarische.

Am 30. 5. epileptischer Anfall mit folgendem Wuthanfall. Am 9. 6. zweistündiges schreckhaftes Delir. Am 11. 6. epileptischer Insult mit mehrstündigem postepileptischem schreckhaftem Delir. Mehrmalige Wiederholung von Juni bis September. Von da an ist Pat. ganz lucid und frei von epileptischen Insulten. Am 9. 1. 1882 wird er „genesen" entlassen.

Bis Ende September 1882 ist er ruhig, geordnet. Da ersticht er seinen Bruder (Durchtrennung des Rückenmarks) in einem zornigen Affect. Mitte September geräth er in Erbschaftsstreitigkeiten mit seinem Vater, würgt ihn, bis dieser bewusstlos wird und durch die Nachbarn befreit wird. Diese letzte Gewaltthat fiel in das Exacerbationsstadium eines neuen deliranten Paroxysmus, in welchem Pat. am 20. 9. 1882 neuerdings Aufnahme auf der Klinik findet. Ausser einem leicht microcephalen Schädel (Circf. 54, Längsm. 17, Querdurchm. 14) bietet Pat. nichts Bemerkenswerthes. Die erprobtesten Antiepileptica (Bromkali bis 8,0 täglich, Atropin, erwiesen sich, wie auch früher, ganz erfolglos.

Beob. 8. Protrahirtes, resp. recidivirendes postepileptisches Delirium mit intercurrentem Stupor [1]).

R., 34 J., Beamtenfrau, wurde am 17. 4. 1875 in der Irrenanstalt aufgenommen. Grossvater und Vater sind apoplectisch gestorben. Pat. wurde im 16. Jahre nach heftigem Schrecken epileptisch. Die Anfälle traten etwa alle 14 Tage und, nachdem die Menses im 15. Jahre sich eingestellt hatten, besonders stark und gehäuft zur Zeit dieser auf. Man verheirathete sie im 30. Jahre in der Hoffnung, dass die Krankheit dadurch sich verliere, aber die Anfälle wurden eher häufiger. Sie kamen ohne Aura und hinterliessen jeweils einen mehrstündigen Dämmerzustand.

3 Wochen nach der 1. Entbindung kam es zu einem Anfall von Irresein von 12tägiger Dauer. Pat. sah den Mann erschossen, die Eltern todt, meinte, ihr Kind sei todt, habe keine Augen. Sie schlief nicht, ass nicht, war tief verworren und ängstlich aufgeregt. Sie hatte völlige Amnesie für diesen Anfall.

3 Wochen nach der 2. Entbindung (1873) erfolgte ein 2., dem 1. wesentlich gleicher Anfall, der 4 Wochen dauerte.

Seitdem stellten sich die epileptischen Anfälle viel häufiger, etwa alle 2 Tage ein. Pat. wurde geistig verändert, moros, zornmüthig, gedächtniss- und geistesschwach.

1) Aus des Verf. Lehrbuch der Psychiatrie. 1. Aufl. (Beob. 87.)

5 Wochen nach der 3. Entbindung (Februar 1875) erkrankte Pat. zum 3. Mal psychisch nach gehäuften epileptischen Anfällen. Sie erschien ängstlich, deprimirt, im Bewusstsein erheblich gestört, klagte selbst über tiefe geistige Verwirrung, wähnte sich verachtet und verfolgt von Jedermann, hörte sich von den Dienstboten verspotten, Hure schelten, litt an Schwindel, Funkenblitzen vor den Augen, Kältegefühl, Schlaflosigkeit, trieb sich verworren, dämmerhaft und von Angst getrieben, planlos im Hause herum, versuchte wiederholt sich das Leben zu nehmen. Der Zustand bewegte sich in Remissionen und Exacerbationen, welche letztere jedesmal an neue epileptische Anfälle sich anschlossen. Das ganze Krankheitsbild machte der Beschreibung nach den Eindruck eines protrahirten und wiederholt recidivirenden Dämmerzustandes mit Angst (petit mal). Ende März schossen im Gebiet des 2. und 3. Astes des Trigeminus Blasen auf, die rasch platzten und eine excoriirte nässende Fläche hinterliessen. Diese wohl als neurotrophische Erscheinung aufzufassende Hautaffection heilte unter dem Gebrauch von Sol. Fowleri binnen 10 Tagen.

Bei der Aufnahme (Mitte April) erschien Pat. mimisch tief entstellt, schmerzlich verstört. Sie hörte beschimpfende Stimmen, ferner, dass sie nicht mehr gesund werde, war sehr ängstlich, schlaflos, dämmerhaft im Bewusstsein. Lebhaftes Zucken und Beben der Gesichtsmuskeln bei mimischen und artikulatorischen Impulsen, Pupillen weit, träge reagirend. Zunge zitternd, mit zahlreichen alten Bissnarben. Keine Erkrankung der vegetativen Organe.

Am 25. 4. schwand plötzlich dieser psychopathische Zustand, für den Pat. nur eine summarische Erinnerung bewahrte. Unter Bromkalibehandlung (6,0) wurden die Anfälle selten, besserten sich Stimmung und Gesammtbefinden.

Am 12. 5. Abends, nach vorausgehender Gereiztheit, trat ein epileptiformer Anfall ein, bestehend in einer kurzen Streckung des Körpers bei momentan erloschenem Bewusstsein. Im unmittelbaren Anschluss an diesen Anfall brach Irresein aus. Pat. wurde hochgradig ängstlich, verworren, im Bewusstsein tief gestört. Sie appercipirte feindlich, schrie nach einem Messer, um sich umzubringen, behauptete, sie habe einen Pferdefuss, einen Ochsenkopf. Sie schreckte oft auf, rief: „Mutter, Mutter, jetzt wollen sie mich erschiessen," weigerte die Nahrung, schlief nicht. Das Delirium war ein vorwiegend schreckhaftes. Stundenweise bewegte es sich wohl auch in einfachen Reproductionen von Erlebtem, episodisch stellten sich Verbigeriren, Reimerei und Silbenstecherei ein. Pat. war andauernd schlaflos, ohne Fieber, die Pupillen weit, träge reagirend.

Am 17. 5., nach einem leichten epileptischen Anfall, trat Stupor ein, der bis zum 19. andauerte. Dann setzte wieder ein höchst verworrenes ängstliches Delir ein, mit ganz abgerissenen Worten und selbst ganz unartikulirten Lauten.

Am 29. 5. fing Pat. an stundenlang zu schlafen. Sie war beim Erwachen dann jeweils einige Zeit ohne Delir, leidlich lucid, bejammerte ihre Lage, ihre schreckliche Krankheit und äusserte den Wunsch, sterben zu können. Das Delir verlor am 29. und 30. seinen schreckhaften Charakter. Es bekam ein pathetisch declamatorisches Gepräge, oft noch mit ganz unverständlichen Worten und stellenweise verbigerirendem Charakter. Daran schloss sich vom 31. 5. bis 3. 6. ein verworrener geistiger Dämmerzustand ohne Delirium, aus welchem Pat. am 4. 6. plötzlich mimisch und psychisch frei zu sich kam. Sie hatte nur höchst vage Erinnerungen aus der Zeit der Krankheit, die sich um Angst und schreckhafte Hallucinationen drehten. Unter Bromkali (8,0) verloren sich die epileptischen Anfälle, besserten sich Morosität, Reizbarkeit und geistige Insufficienz, sodass Pat. am 12. 9. 1875, bis auf einen leichten Grad geistiger Schwäche, psychisch ganz befriedigend, nach Hause entlassen werden konnte.

Beob. 9. Am 12. 8. 1885 wurde R., 28 J., ledig, Tagelöhner, auf meiner Klinik aufgenommen. Anamnese fehlt. Pat. geht im Bewusstsein schwer gestört, mit ängstlich schmerzlichem Gesichtsausdruck zu, ganz desorientirt und von inneren Vorgängen ganz absorbirt. Vom 15. ab wird er mimisch freier, fängt an zu sprechen, glaubt sich in einem Kerker, weiss nicht, wie er dahin gekommen. Er habe bös geträumt, schreckliche Situationen durchgemacht, Blut, Feuer gesehen, mit Teufeln, schrecklichen Thieren gekämpft. Seine Erinnerung ist aber eine höchst summarische und um einige Tage über den 12. 8. zurück getrübte. Pat. erscheint bis zum 20. erschöpft, dämmerhaft, verfällt dann in Stupor mit kataleptiformem Beibehalten gegebener Stellungen. Der Stupor dauert bis zum 30. 8., wird von schreckhaftem Delir, untermischt mit Gottnomenklatur und Majestätsdelir, abgelöst. Am 4. 9. setzt wieder Stupor ein, der bis auf tageweise Episoden von plötzlicher Gereiztheit, ängstlicher Bewegungsunruhe und Aggressivwerden gegen die Umgebung anhält.

Anfang October wird Pat. lucid, hat nur höchst summarische Erinnerung für den ganzen Krankheitsverlauf, berichtet von epileptischen Anfällen, denen er seit seinem 20. Jahr unterworfen sei und die, wohl auf Grund von zu reichlichem Alkoholgenuss, in der letzten Zeit vor der Aufnahme sich häufiger eingestellt hatten.

Beob. 10. W., Marie, 25 J., Dienstmagd, gelangte am 21. 8. 1875 auf meiner Klinik in Graz zur Aufnahme, da sie am 20. 8. unmotivirt ihren Dienst verlassen hatte, in den Strassen herumgedämmert war und in einem ganz fremden Hause ihre Kleider, die sie dort deponirt habe, zurückgefordert hatte. Den Bewohnern war sie ganz unbekannt. Pat. wurde drohend und arretirt. Auf der Klinik war sie anfangs noch dämmerhaft, wurde dann lucid und hatte Amnesie für alles Vorgefallene.

Sie berichtet, dass ihr Vater ein Säufer, die Mutter epileptisch sei. Eine Schwester ist irrsinnig.

Seit den ersten Menses, mit 17 Jahren, litt Pat. regelmässig prämenstrual an epileptischen Anfällen, mit postepileptischer Verwirrtheit.

Sie hat hydrocephales rachitisches Cranium, degenerative Ohren, eine gut compensirte Mitralinsufficienz, ist psychisch auffällig nur durch grosse Reizbarkeit.

Von Mitte September ab bietet Pat., unter Erscheinungen zunehmender Reizbarkeit, Streitsucht und Fluxion zum Kopf, einen Zustand von pathologischem Zornaffect bis zu Tobsucht, der bis zu 8 Tagen andauert, plötzlich sich löst und völlige Amnesie für den ganzen Zeitraum hinterlässt.

Es wird constatirt, dass dieser Zustand jeweils prämenstrual eintritt und dass seine Lösung mit dem Erscheinen der Menses zusammenfällt. Rechtzeitiges Eingreifen mit Morphiuminjectionen vermag ihn milder zu gestalten, ohne ihn aber abortiv verlaufen zu machen.

An einen solchen Insult, der am 4. 2. 1876 wieder einmal einsetzte, reiht sich am 9. ein hallucinatorisch deliranter Zustand. Pat. schwer im Bewusstsein gestört, appercipirt feindlich, bewegt sich in zornigen Affectdelirien, mit enormer Verworrenheit und Wuthausbrüchen. Sie faselt von Verfolgung, Todesgefahr, hört anklagende Stimmen, sie sei eine Mörderin, schäumt darüber vor Wuth auf, ist temporär unnahbar. Dann kommen ruhigere Situationen, in welchen viel von Versündigung, Erlösung, Hölle, Himmel, Gott, Mutter Gottes die Rede ist. In einem solchen deliranten Dämmerzustand bringt Pat. Monate zu. Die Menses markiren jeweils Exacerbationen. Anfang Juli schiebt sich ein 8tägiges Stuporstadium dazwischen. Dann wieder Status quo ante. Enorme Verworrenheit, „mein Todtenschein war schon lange zu sehen auf dem blauen Rindfleisch“. Anfang August schwindet plötzlich Delir und Aufregung. Pat. ist nun tief dämmerhaft und verworren, bezeichnet sich als den „Kaisermann“. Ende August kommt sie zu sich, ist tief erschöpft, schwach, zitterig, sehr empfindlich gegen Licht und Geräusch und ruhebedürftig. Ihre Erinnerung reicht nur

auf etwa 3 Wochen zurück und ist summarisch. Was es mit dem Kaisermann und dem blauen Rindfleisch für ein Bewandtniss hatte, weiss sie nicht, nur der erstere Ausdruck ist ihr erinnerlich. Sie war ganz verwirrt im Kopf, glaubte sich von Feinden umgeben, die ihr einen Stein auf die Brust gelegt hatten. Bald wurde ihr der Fuss, bald die Hand todt, sie fand oft keinen Athem, glaubte ersticken zu müssen. Sie sah oft Alles blau, dann wieder golden, so dass sie davon geblendet war. Die Flammen hatten farbige Ringe. Pat. wird nun mit Bromsalzen behandelt. Die Menses verlaufen seither mit Gereiztheit, Fluxionen, Schwindel, Kopfweh, aber es kommt nicht mehr zur Zorntobsucht oder Delirien. Pat. erholt sich ganz befriedigend und wird am 12. 2. 1877 genesen entlassen.

Beob. 11. F. Sch. Bauer, 48 J., ledig, wurde am 16. 8. 1883 in der Grazer psychiatrischen Klinik aufgenommen.

Vater war Potator, ein Bruder litt an Convulsionen. Pat. war ziemlich dem Potus ergeben, war aber früher gesund gewesen und hatte bis zum 11. 8. 1883 nie etwas Auffälliges geboten.

An diesem Tage wurde er ängstlich verwirrt, verkannte die Umgebung feindlich, fing an zu beten, lief in die Kirche, schrie dort vor Angst, ging auf die Leute los, wurde mühsam heimgebracht, wehrte sich, mit der Motivirung, man solle ihn in der Kirche sterben lassen. Daheim wähnte er sich bald in der Hölle, bald im Himmel, legte sich in der Position eines Gekreuzigten auf den Boden. Am 12. und 13. wurden an ihm 2 Anfälle von Epilepsie beobachtet. Darauf steigerte sich seine Angst und Unruhe; er bot dämonomanisches Delir, mit heftigen Reactionen, versuchte seinen kleinen Hund zu zerreissen, in der Meinung, es sei der Teufel. Am 15. hellte sich vorübergehend sein Bewusstsein etwas auf, er sprach die Befürchtung aus, dass man ihn ins Irrenhaus bringen werde.

Seiner Umgebung fiel seine grosse Gesichtsblässe auf. Bei der Aufnahme am 16. 8. war Pat. im Bewusstsein tief gestört, delirant, fieberlos, auffallend blass im Gesicht, bei stark contrahirten Arterien. Er ist in der Folge schlaflos, ganz von Sinnestäuschungen occupirt. Die Miene verstört, wechselnd entsetzt und glückselig. Er äussert Selbstanklagedelir, hat unwürdig communicirt, seine Missethaten schreien zum Himmel, 23 Sünden hat ihm der Priester nicht vergeben, er kommt in die Hölle, schon die Arbeiter auf dem Feld haben es gesagt. Ihm wurde gesagt, dass der linke Schächer verdammt sei, wie Alle, die nicht Busse thun. Er will nicht trinken noch essen, bevor nicht alle Sünden ihm verziehen sind. Episodenweise sieht er weissen Schein, goldigen

Glanz. Er sieht den Engel, der der Jungfrau Maria die Botschaft brachte, wird wie Jesus leiden, dafür aber mit all seinen Angehörigen, indem er sie erlöst, in den Himmel gelangen. Vorübergehend glaubt er sich im Paradiese, ist glücklich, nicht sterben zu müssen. Am 17. ist er einige Stunden in Remission. Er berichtet, dass er den Boden ganz roth sah, in der Höhe lichte Wolken. Das erinnert ihn an die Hölle und an Christi Himmelfahrt. Dann hatte er grosse Angst vor den Anfechtungen des Teufels, sah schwarze Schatten und hörte wüsten Lärm. Dann kam die Erleichterung. Er sah noch flüchtig den Teufel, schwarz und gelb, dann weisse Tauben. Es war ihm glückselig zu Muth, er hörte schöne Musik und verspürte himmlischen Wohlgeruch. Am 18. Exacerbation, schwere Trübung des Bewusstseins, Himmelsdelir, der Arzt wird als Jesus verkannt. Im Hintergrund Angst und Gereiztheit, böse Geister wollen ihn kreuzigen. Liegt stundenlang in der Position des Gekreuzigten da.

Am 20. tagüber Stupor. Am 21. freier, aber delirant. Glaubt sich in Vorhölle, am 22. in Kirche. Die barmherzige Schwester ist Mutter Gottes, ein Wärter ein Diener, welcher Jesum getauft hat, der Arzt ist Christus. Am 23. schwelgt er in den Wonnen des Paradieses. Am 21. wieder Stupor. Von nun an allmälige Klärung durch einen Dämmerzustand hindurch, in welchem ab und zu noch Versündigungsdelir und Himmelsdelir auftauchen. Das letztere wiegt vor. Er behauptet, er sei schon gestorben daheim und dennoch am Leben. Zunehmend geordnet. Gute Nächte. Am 5. 9. Bisswunde an der Zunge, offenbar von einem nocturnen epileptischen Anfall. Bis Mitte September völlige Klärung des Bewusstseins. Summarische Erinnerung. Anamnestisch wird ein epileptoider Anfall, den des Kranken Bruder 1881 beobachtete, erhoben. Genesen entlassen am 30. 9. 1883.

Die Eigenartigkeit dieser Bilder von „Wahnsinn“ muss ohne Weiteres zugegeben werden. Seltener erscheinen sie als postepileptische und lassen sich dann als protrahirte resp. mehrfach recidivirende Aequivalente (Samt) bezeichnen, insofern Recrudescenzen des Anfalls fast regelmässig mit neuen epileptischen Insulten zusammenfallen. Häufiger sind sie von Manifestationen der epileptischen Neurose losgelöste Krankheitszustände. Als Prodromi erscheinen dann vielfach Beklommenheit mit auffälliger Gereiztheit, Druck des Gewissens, Ahnungen bevorstehenden Todes, des jüngsten Gerichts, Drang zu beten. Dann entwickelt sich der Anfall unter Bewusstseinstrübung und hallucinatorischem Delir rasch zu seiner Höhe. Die Bewusstseinsstörung

bietet wandelbare Intensitätsstufen von Dämmer-, Traum- bis zu Stuporzuständen.

Bemerkenswerthe Züge sind auffällige Gereiztheit und Verworrenheit.

Die Delirien zeigen bunten Wechsel und Gemisch von depressivem und expansivem Inhalt.

In dieser Hinsicht besteht auffällige Uebereinstimmung mit den oben geschilderten Zuständen von periodischem Irresein in Form von Delirien. Man findet Sünden- und Selbstanklagedelir, wobei aber früh schon die Aussicht auf Erhebung und Erlösung durchschimmert, persecutorisches, dämonomonisches neben expansivem, das sich um Erhebung auf hohe irdische und himmlische Posten dreht.

Diese Delirien scheinen wesentlich entstanden und unterhalten durch Hallucinationen und Illusionen.

Die Kranken haben zu kämpfen mit Hölle, Tod und Teufel, sehen sich vor Gericht, bedroht von tausend Gefahren, hören wüsten Lärm, Pelotonfeuer, sind durch von allen Seiten auf sie eindringende Verfolger, Teufel, Thiere bedroht. Sie sehen ihre Angehörigen als Leichen, um sich herum Blut, Krieg, Särge, sie werden selbst getödtet, gekreuzigt, liegen dann in einer Gruft, wie todt im Bett oder in der Position des gekreuzigten Christus da, bis expansive Delirien sie aus Gruft, Martern der Vorhölle u. s. w. erlösen und ihnen Himmelfahrt, Apotheose, Paradies vortäuschen. Sie hören dann himmlische Musik, empfinden himmlischen Wohlgeruch, schwelgen in den Wonnen des ewigen Lebens, umgeben von heiligen Personen, eventuell auch irdischen Majestäten, bis plötzlich wieder die Scene sich ändert, sie in die Verdammniss herabgeschleudert werden, von Neuem Martern und Kreuzigung erfahren, den Kampf mit Teufeln, schrecklichen Thieren bestehen müssen.

Tiefe Remissionen sind Regel im Verlauf. Sehr häufig treten episodisch Stuporzustände ein.

Körperlich ist Pallor, Krampfpuls, hartnäckige Schlaflosigkeit, kataleptiformes Beibehalten von Stellungen zu verzeichnen. Der Krankheitszustand klingt regelmässig durch einen Dämmer- oder Stuporzustand aus. Die Erinnerung für die ganze Krankheitszeit ist eine summarische, theilweise sogar ganz fehlende. Die Gesammtdauer dieser Psychose beträgt einige Wochen bis Monate. Antiepileptica versagten mir fast regelmässig.

An die vorausgehenden Fälle von epileptischem „Wahnsinn“ mit dem sicheren Nachweis der epileptischen Neurose gestatte ich mir

2 Beobachtungen anzureihen, deren klinische Uebereinstimmung mit jenen sich nicht bestreiten lässt, wobei aber trotz vieljähriger und darauf gerichteter Beobachtung in Anstalten gleichwohl niemals der Nachweis von Epilepsie gelungen ist. Ich habe sie deshalb nicht in Betracht gezogen, kann aber die Vermuthung ihrer epileptischen Bedeutung nicht unterdrücken, umso weniger, als diese Neurose ja viele Jahre latent werden kann und die Möglichkeit des Uebersehens nocturner und milder Entäusserungen der Epilepsie nicht zu bestreiten ist.

Beob. 12. H., 38 J., ledig, Advocaturconcipient aus Ungarn, stammt von einem sehr nervösen Vater, der an Apoplexie starb. Eine Schwester des Vaters litt an Hysteria gravis, eine andere war schwer neuropathisch. Ein Bruder des Pat. ist apoplectisch gestorben. Pat. soll von jeher nervös gewesen sein, kein Trinker. Seit einem Jahre hatte er an Neurasthenie und Nosophobie gelitten. Während eines Aufenthalts in Rohitsch-Sauerbrunn wegen nervöser Dyspepsie im August 1879, war Pat. ohne palpable Ursache am 23. 8. plötzlich psychisch erkrankt. Er bot zunehmende Gereiztheit, tobte, bewegte sich in Majestäts- und Gottesdelirien, gelangte am 26. 8. in der Grazer Irrenanstalt, fieberlos, in schwerer Bewusstseinsstörung, delirirend, schreiend, brüllend, spuckend, grimassirend zur Aufnahme.

Pat. klein, Schädel normal, r. Pupille weiter als linke, beide reagirend. Vegetativ ohne Befund. Traumhafte Verworrenheit, grosse Gereiztheit, Pfeifen, Tanzen, Wetzen am Boden, Brüllen religiöser Gesänge, gereiztes Sichproclamiren als Gott.

Am 23. 9. einige Stunden ruhig, fast lucid, nur leicht dämmerhaft. Völlige Amnesie für die bisherige Krankheit. Dann wieder im Stat. quo ante. Andauernd schwere Bewusstseinsstörung. Episodisch ängstlich, gereizt, stumm, moros, dann wieder erregt und unnahbar. Erklärt sich zeitweise für Gott, ist dabei aber masslos gereizt gegen die Umgebung, die bald als politische Grössen, bald als Esel, Schweine apostrophirt und mit Umbringen bedroht wird. Mitte October wird Pat. plötzlich ruhig, aber er ist dämmerhaft und erklärt sich gelegentlich für Gott oder Bismarck. Ende October setzt wieder der delirante Erregungszustand ein, mit tiefer Bewusstseinsstörung, enormer Verworrenheit und Gereiztheit. „Ich bin Gott, Adonis, Sie sind Franz Josef“. Pat. fühlt sich inwendig ochsen-, pfauen-, kameelartig, im Körper kalkig, in der Brust ein Uhrwerk. Immer zornig, gereizt, verkennt er die Umgebung meist feindlich, oft auch als Kaiser, Bismarck. Er singt, brüllt, tanzt, grimassirt, verbigerirt stunden- und tagelang, schläft selten und nur für einige Stunden, proclamirt sich in

wuthzorniger Erregung bald als Franz Josef, bald als Gott. „Haben Sie schon einen Gott gesehen? Schauen Sie mich an, ich bin Gott, packen Sie sich hinaus und zahlen Sie eine Million! Ich wünsche als Gott assentirt zu werden.“ Ende 1879 wird Pat. ruhiger, bleibt aber traumhaft delirant, geht mit den Jüngern Christi und Monarchen spaziren, glaubt sich 1878, ist hier in einer Gruft. Dabei höchst gereizt, ist obscön (hat 12 Schwänze). Mitte Januar 1880 wieder sehr erregt und höchst verworren. Pat. commandirt gelegentlich Bataillone, geht nackt als Christus. „Sie sind ein Löwe für mich, ein Bismarck. Schreiben Sie einen Brief an Gott, Sie haben keinen Schwanz, sagen Sie ihm, dass ich Gott bin.“ Der Arzt wird bald als Goethe, Bismarck, bald als Esel, Schwein apostrophirt.

28. 2. 1880. Pat. ist 120 Jahre alt, es ist ein Blutbad hier. Alle sind Götter. Pat. erklärt sich als „Gefreiter von Gott in New York“.

Vom 9. 5. ab schweigt das Delir und die Erregung. Dämmerzustand, spurweise Aufhellung des Bewusstseins — ist hier im Narrenhause, aber es sind lauter Bismarcke und Könige hier. Er ist getauft vom Kronprinz Rudolf im Ofener Tunnel, lässt das ganze Kaiserhaus grüssen. Im Juli zunehmende Klärung, aber andauernd Dämmerbewusstsein und an dessen Schwelle beständig Gott- und Majestätsdelir (ist dann wieder Gott, Franz Josef).

Zu einer völligen Klärung gelangt Pat., trotz aller Nachhülfe, nicht. Anfang 1881 Wiedereinsetzen des Erregungszustandes und Weiterverlauf ganz wie früher. Am 29. 4. 1881 wird Pat. in die heimathliche Irrenanstalt überführt. Der Güte des Herrn Director Niedermann in Pest verdanke ich die Mittheilung, dass Pat. in der nun folgenden zweijährigen Aufenthaltszeit wesentlich in gleicher Verfassung wie während meiner Beobachtung blieb, nie mehr, auch nur für kurze Dauer lucid wurde und bis zu seinem Abgang in eine Siechenanstalt im November 1884 niemals weder Krampfanfälle noch sonst irgendwelche Zeichen epileptischer Neurose geboten hatte.

Beob. 13. M., Margarethe, 34 J., seit 10 Jahren an einen Handwerker verheirathet, von dem Trunk ergebenem Vater und neuropathischer Mutter, ausser Variola nie krank gewesen, seit 10 Jahren in Alkohol ausschweifend, wiederholt schon mit trunkfälliger Sinnestäuschung behaftet gewesen, wurde wegen seit 14 Tagen plötzlich aufgetretener Geistesstörung am 8. 4. 1878 der Grazer psychiatrischen Klinik zugeführt.

Die Krankheit hatte mit wachsender Angst, Verwirrtheit, grosser Gereiztheit, Delirien von Vergiftung, Himmelfahrt, Teufelsvisionen ein-

gesetzt. Bei der Aufnahme war Pat. fieberlos, vegetativ ohne Befund, congestiv, mittelgross, schmächtig, rhomboklinocephaler Schädel. Pat. ist ängstlich verstört, schlaflos, äussert Angst vor der Hölle, Selbstanklagen, sieht Teufel, Schlangen, ist masslos gereizt, hat gelegentlich Raptusanfälle, in welchen sie die feindlich verkannte Umgebung erwürgen will, sich die Kleider vom Leibe reisst. Andauernd schwere Bewusstseinsstörung, stundenweise Stupor, dann wieder höchst erregt, schreiend, heulend, betend, singend. Angst vor der Hölle, der Arzt ist ein Todtengräber, eine tiefe Stimme schreit zum Fenster herein „es giebt keinen Gott“. Pat. will nicht essen, weil die Mutter Gottes sie sonst nicht ablöse.

Vom 17. Juni bis 2. Juli ist Pat. ruhig, aber dämmerhaft. Amnesie für die bisherigen Krankheitserlebnisse. Am 2. 7. setzt wieder der frühere Zustand ein. Pat. ist wieder ängstlich, verworren, enorm gereizt, gewaltthätig gegen die feindlich appercipirte Umgebung, die in hässlichen Fratzen, oft auch ohne Kopf ihr erscheint, sie in den Brunnen werfen will.

In der Folge ganz abrupte, bunt wechselnde Grössen- und persecutorische Delirien. Enorme Verworrenheit — Pat. ist episodisch Mutter Gottes, schlägt Fenster ein, um per Leiter in den Himmel zu gelangen. „Christus soll mir Brod bringen, warum soll ich gestochen werden auf der Hochzeit?“ Sie schmiert ihren Stuhl herum, behauptend, es sei Gold. Astlöcher im Fussboden sind Christus, Maria. Allerlei impulsive destructive Acte, oft ganz plötzlich grosse Gewaltthätigkeit. Andauernd schwere Gereiztheit und Verworrenheit. Dieser Anfall dauert bis Anfang Februar 1879, schneidet plötzlich ab und hinterlässt einen Dämmerzustand.

Der weitere Verlauf lässt sich dahin zusammenfassen, das plötzlich einsetzende und jäh abklingende Anfälle von psychischer Erregung und Delir mit ruhigen Intervallen continuirlich wechseln. Die Anfallszeiten dauern minimal 13 Tage, maximal 6 Wochen. Irgend eine Beziehung zu den Menses besteht nicht. Die ruhigen Intervalle umfassen 2—5 Tage. Sie stellen Dämmerzustände dar, in welchen Pat. örtlich und zeitlich desorientirt bleibt. Erinnerung für die Erlebnisse der Anfälle besteht nie. Ein eigenartiges Relief bekommen diese durch traumhafte Bewusstseinsstörung, enorme Verworrenheit und Gereiztheit. Nicht selten werden in deren Ablauf tageweise Stuporzustände constatirt. Der Inhalt der Delirien ist im Grossen und Ganzen immer der gleiche. Sie sind primordiale oder knüpfen an Hallucinationen an. Vorherrschend sind schreckhafte persecutorische Delirien (Schlangen, wilde Thiere, Tod, Teufel, Hölle, Verbrennungsgefahr, Er-

schossenwerden) mit verzweifelter Gegenwehr, Flucht oder momentaner Erstarrung vor Schreck.

Episodisch erscheinen religiöse Delirien. Dann hält sie den Arzt für den heil. Johannes, für den „seelischen Vater", für Christus und will mit ihm auf die Hochzeit gehen als die „klügste Margareth". Zu Zeiten verkennt sie die Wärterin als Mutter Gottes, mit der sie gleich in den Himmel fahren wird. Andere Male behauptet sie ängstlich und höchst gereizt, sie habe Gott im Bauch, man solle ihn herausschneiden, ihr Zeigefinger sei Christus. Ob man denn nicht bewirken könne, dass die Mutter Gottes geboren werde (!). Brombehandlung, selbst in Tagesdosen bis zu 8,0 war ganz wirkungslos.

Erkundigungen, welche ich über die 1898 noch in der Irrenanstalt befindliche Kranke einzog, ergab Folgendes: Die Anfälle sind im Laufe der Jahre seltener geworden, ohne aber ihr klinisches Gepräge (plötzliches Einsetzen und rasches Abklingen, schwere Bewusstseinsstörung, grösste Verworrenheit, enorme Gereiztheit bis zu Wuthzornausbrüchen, oft ganz impulsives Aggressivwerden mit extremer Gewaltthätigkeit. Schreien, Brüllen, vorwiegend schreckhafte Delirien, untermischt mit religiös expansiven, episodischem Stupor, Amnesie für das Ganze) verloren zu haben. Intervallär dämmert Pat. herum; Sie glaubt sich auf dem hl. Berg Lagoria und äussert auch intervallär häufig den Wahn, Mutter Gottes zu sein.

Seit einigen Jahren hat die Intelligenz sehr gelitten. Niemals wurden Symptome im Sinne einer epileptischen Neurose constatirt.

Die vorausgehende Arbeit stellt das Vorkommen epileptischer Psychosen sensu strictiori ausser Frage. Sie liefert aber wesentlich nur einen casuistischen Beitrag und lässt es ganz unentschieden, auf welche Weise psychische Bilder auf dem Boden einer epileptischen Neurose ein eigenartiges klinisches Gepräge bekommen. Dies gilt auch für die beiden folgenden Beobachtungen, deren erste eine religiöse Paranoia, deren zweite ein aus depressiven und expansiven Zustandsbildern von typisch epileptischem Delir sich zusammensetzendes cyklisches Irresein darstellt. Sie sind ganz vereinzelte Erfahrungen auf dem Gebiete des epileptischen Irreseins. Nur auf dem Wege der Sammlung einwandfreier klinischer Beobachtungen wird es gelingen, an Stelle der psychologischen Diagnosen zu ätiologischen vorzudringen. Das wäre aber ein bedeutender Gewinn für die Klinik der Psychosen.

Beob. 14. Paranoia epileptica.

R. D., 38 J., Bauernfrau aus Untersteiermark, stammt von jähzornigem, dem Trunk ergebenem Vater und psychotischer Mutter.

Pat. leidet seit dem 20. Jahre an Epilepsie. Seit 1873 waren die Anfälle häufiger geworden und öfters von mehrstündigen postepileptischen Delirien gefolgt gewesen. Pat. wurde Mitte Mai 1875 von einem protrahirten postepileptischen Delir befallen, aus dem sie nach 3 Tagen mit Amnesie zu sich kam. Sie war ganz verworren, höchst gereizt gewesen, hatte beständig gebetet und mit Kerze und Weihwedel herumgekniet.

Bei der Aufnahme in der Irrenanstalt am 23. 5. 1875 war sie ausser Paroxysmus, aber psychisch nicht normal. Sie berichtete von Visionen der Mutter Gottes, von Heiligen, Engeln, die ihr seit Jahren erschienen seien, erklärte sich in der Gnade Gottes zu befinden wegen ihres frommen Lebenswandels. Gleichwohl sei sie von den Leuten beschimpft und angefeindet worden, was ihr viel Kummer verursacht habe. Pat. ist originär geistig beschränkt, der Stirnschädel schmal, niedrig. Sonst kein Befund.

Am 25. 5. epileptischer Insult. Am 2. 6. freistehender Exaltationszustand, in welchem sie religiöse Lieder brüllt, predigt, wallfahrtet. Solche Anfälle wiederholten sich oft und dauern Stunden bis einen Tag. Kein Erinnerungsdefect. Ungebessert entlassen am 14. 5. 1876.

Neue Anfnahme am 6. 1. 1877 in postepileptischer Verwirrtheit. Am 7. wieder ausser Anfall. Pat. ist aber nun die unbefleckte Jungfrau Maria. Sie verlangt als Deputat derselben reichlich Schnupftabak und 3 Seidel Wein täglich. Sie stolzirt als Mutter Gottes herum, lässt sich nichts drein reden, weil sie als göttliche Person machen könne was sie wolle. Zu Arbeit ist sie nicht zu bewegen. Grosse Reizbarkeit. Masslos zornig und selbst aggressiv, wenn sie nicht genug Wein und Tabak bekommt, ganz besonders aber wenn man sie nicht als „Maria“ anredet.

Episodisch, meist menstrual, kehren die früheren religiösen Exaltationszustände wieder. Pat. wallfahrtet dann, singt Hallelujah und psalmodirt. Dabei höchst reizbar, die Umgebung selbst feindlich verkennend und aggressiv. Hie und da zeigt sich neben der religiösen Exaltation auch Erotismus.

Pat. ist andauernd in dem fixen Wahn befangen, Mutter Gottes zu sein. Gelegentlich ist sie die hl. Rosalia. Der Wahn beherrscht ihr ganzes Denken und Fühlen, ist vollkommen an Stelle der früheren Persönlichkeit getreten, sodass man das Vorhandensein einer Paranoia

zugeben und annehmen muss, dass der Wahn einer ausgezeichneten religiösen Persönlichkeit sich direct aus epileptischem Delirium entsprechenden Inhalt herausgearbeitet habe.

Pat. kommt „gleich nach der göttlichen Gnade, hat das Ehrenwort im Himmel vor Gottes Thron". Sie war schon oft in der Hölle, hat dort 15 Männer der Finsterniss überwunden. In gelegentlichem Aerger war die sonst herablassende und traitable Pat. masslos zornig und drohte dann, Alle erstechen und erschiessen zu lassen.

Pat. blieb ganz unverändert bis zu ihrem am 1. 4. 1883 an Variola erfolgten Tode.

Beob. 15. Epileptisches circuläres Irresein.[1])

Spess, 30 J., verheirathet, Grundbesitzer, aufgenommen 29. 12. 1873, stammt von einem trunksüchtigen Vater. Seine Schwester ist epileptisch. Als Kind litt Pat. an Convulsionen. Mit 8 Jahren, nach einem Schreck, zeigten sich epileptische Anfälle, die in der Folge in Zwischenräumen von Monaten bis Wochen wiederkehrten. In den letzten Jahren hatte sich Pat. dem Trunke ergeben, die Anfälle hatten sich gehäuft. Es stellten sich delirante Zustände ein, die die Aufnahme in der Irrenanstalt nöthig machten.

Pat. ist geistig defect, geschwächt. Er findet selbst, dass er kopfkrank sei, er fühle sich immer wie betrunken im Kopf. Erkrankungen vegetativer Organe sind nicht nachzuweisen, Herztöne rein, Puls 72, tard. Gesicht und Extremitäten leicht cyanotisch. Der Schädel von normalen Dimensionen, jedoch am Hinterhaupt stark abgeflacht. Die Oberlippenmuskeln und die Zunge zitternd.

Die Beobachtung ergiebt, dass Pat. neben seinen epileptischen Anfällen, die in Pausen von einigen Wochen und häufig gehäuft wiederkehren, einen cyklischen Wechsel von Exaltations- und Depressionszuständen darbietet, die durch traumartige Störung des Bewusstseins, zeitweisen Stupor, delirantes Gepräge, mit zudem typisch congruenten Delirien religiösen Inhalts (Gottnomenclatur) nebst entsprechenden massenhaften Hallucinationen, sich deutlich als epileptisches Irresein erweisen. Die Depressionsphasen haben durchschnittlich längere Dauer (1—23 Tage) als die Zeiten der Exaltation ($^1/_2$—10 Tage). Zuweilen kommt es auch eine Zeit lang zu einem täglichen Wechsel dieser Zustände, ja hie und da wechseln die Zustandsbilder sogar 1—2 Mal binnen 24 Stunden, wobei aber immer die depressive Phase überwiegt. Zu eigentlich luciden Intervallen kommt es nie, da Pat. in den alle

1) Aus des Verf. Lehrbuch der Psychiatrie. 1. Aufl.

paar Monate sich findenden Zeiträumen, in welchen er frei von Delirium und weder exaltirt noch deprimirt ist, durch sein dämmerhaftes Bewusstsein, seine grosse Gemüthsreizbarkeit und Bigotterie pathologisch erscheint. Zuweilen finden sich nach länger dauernden, mit Schlaflosigkeit einhergehenden Exaltationszuständen auch 1—2 Tage lang solche eines stuporösen Erschöpfungszustandes. Die depressive Phase des circulären epileptischen Irreseins beginnt regelmässig mit Kopfschmerz, Schwere im Kopf, grösserer Reizbarkeit und Morosität, Zunahme der habituellen Cyanose. Pat. wird mimisch tief verstört, gedrückt, sieht starr vor sich hin, spricht leise mit bebenden Lippen, erklärt sich für einen grossen Sünder, nimmt nur Minima von Nahrung zu sich.

Das Bewusstsein ist traumhaft gestört. Pat. kniet herum, betet seinen Rosenkranz, verlangt regelmässig ein Stemmeisen, um den Fuss abzustemmen, eine Hacke, um sich die Finger wegzuhacken und dadurch Gott zu versöhnen. Einige Narben an der linken Hand rühren von einem derartigen Verstümmelungversuch her. Oft will er auch gern ein Auge hergeben, wenn es Gott wohlgefällig ist. Stört man Pat. in seiner Zerknirschung, so reagirt er feindlich, schlägt und beisst nach der Umgebung. Constant ist er in dieser depressiven Phase viel cyanotischer als sonst.

Die Arterie ist drahtartig zusammengezogen und bleibt so auch beim Amylnitritversuch, der Puls ist tard, die Extremitäten und das Gesicht sind kalt, cyanotisch, die Pupillen erweitert, träge reagirend. In diesem Stadium finden sich massenhaft Hallucinationen — Pat. sieht Krebse, Schlangen, Kühe, 2 grosse weisse Männer, Gott Vater mit drohender Miene, den Teufel, der sich in verschiedene Thiere vor seinen Augen verwandelt. Gegen Ende der depressiven Phasen tauchen stundenweise Exaltationserscheinungen (Jauchzen, Singen, Pfeifen, heitere Visionen) auf. Der Umschlag ins Exaltationsstadium ist ein plötzlicher, unter bedeutendem Nachlass der Cyanose, Voller- und Weicherwerden des Pulses, der zugleich frequenter wird. Nicht selten finden sich auch fluxionäre Erscheinungen zum Gehirn. Die Miene belebt sich, Pat. wird redselig, äussert seine Freude, dass ihm so leicht im Kopfe sei. Er fängt an zu singen, zu tanzen und zu jubiliren. Er sieht Gott, schöne Sterne, eine grosse Stadt; der Himmel öffnet sich, er sieht sich ins Paradies versetzt. Gott steigt vor seinem entzückten Auge in Gestalt eines schönen grossen Fisches gen Himmel. Der hl. Geist erscheint ihm in Gestalt eines Knaben, der ein weisses Täfelchen in Händen hält. Er hält dann die Umgebung für Engel, Gott Vater, Christus; Alles ist so wunderschön und glänzend. Der

liebe Gott erscheint ihm farbig schillernd, wie ein glänzender Fisch, vor seinen Augen tanzen goldene Fische. Er ist anhaltend schlaflos, jubilirt, singt, preist Gottes Gnade und Güte. Die Augen glänzen, die Miene drückt Begeisterung aus, der Zustand steigert sich momentan bis zur Verzückung. Der Puls bleibt tard, aber er ist voller, die Arterie weicher als im depressiven Stadium. Bromkali und Morphiuminjectionen erweisen sich erfolglos gegen das circuläre Irresein. Das erstere vermindert wohl die Häufigkeit der epileptischen Anfälle, aber diese sind auf den Gang und die Intensität des cyklischen Irreseins ohne Einfluss. Die einzige bemerkbare Wirkung der epileptischen Insulte ist die, dass wenn sie gehäuft auftreten, die Cyanose während einiger Tage gesteigert ist. Die epileptischen Anfälle sind meist klassische, zuweilen aber beschränken sie sich auf ein allgemeines Zucken und Reissen des Körpers, ohne dass Pat. ganz das Bewusstsein verliert und umstürzt.

VI.

ZUR CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG DER EPILEPSIE.

Zur chirurgischen Behandlung der Epilepsie.

Vor nicht langer Zeit herrschte in Laien- aber auch ärztlichen Kreisen die Meinung, dass die Hirnchirurgie berufen sei, Triumphe bei der Behandlung Epileptischer zu feiern und das Geschick gar vieler dieser Unglücklichen zum Guten zu wenden. Selbst Fälle von Epilepsie, bei denen gar kein Trauma capitis ätiologisch in Betracht kam, drängten sich zu einer operativen Behandlung, und man hatte als Neuropathologe oft grosse Mühe, solche an ihrem Geschick verzweifelnde Kranke von einer gar nicht indicirten, nutzlosen, nach Umständen sogar für sie gefährlichen Operation abzuhalten. Neben einzelnen wirklichen Triumphen operativer Chirurgie verzeichnet die Erfahrung und Statistik unzählige Fälle, in welchen die Lage des Kranken durch operativen Eingriff erheblich verschlimmert wurde. In der grossen Mehrzahl dieser Fälle hätte ein solcher Misserfolg vorausgesehen werden und der Eingriff unterbleiben können, wenn man sich die Mühe genommen hätte, den concreten Fall anamnestisch ätiologisch klarzustellen. Hat man doch sogar in unzähligen Fällen operirt, wo die Aetiologie derselben in ganz anderen Bedingungen lag, als in einem Trauma capitis, wo dieses ganz bedeutungslos gewesen war oder nur eine allgemeine Wirkung auf das centrale Nervensystem im Sinne einer erworbenen Prädisposition zur Krankheit hervorgebracht hatte.

Am fatalsten für die Kritik sind diejenigen operativen Fälle, in welchen man sich in der Diagnose überdies noch geirrt hatte, insofern gar keine Epilepsie sondern Hysteria gravis vorhanden war.

Die Begeisterung für eine operative Behandlung der Epilepsie hat, angesichts vorwiegend unbefriedigender Resultate, rasch nachgelassen,

und es giebt nur noch vereinzelte Aerzte, die, wie sie z. B. noch Anhänger der von der Wissenschaft längst aufgegebenen blutigen Nervendehnung sind, auch der Trepanation bei Epilepsie ohne Weiteres das Wort reden.

Der Werth statistischer positiver Resultate auf diesem Gebiete wird dadurch bedeutend geschmälert, dass die Krankheitsgeschichten operirter Epileptiker meist einige Wochen nach der Operation abgeschlossen werden, grossentheils wohl deshalb, weil der Operirte aus dem Gesichtskreis des Operateurs entschwindet. Wenn ein Epileptiker einige Wochen oder Monate lang nach einer so eingreifenden Operation keine Anfälle mehr hat, so beweist dies aber keineswegs eine Heilung. Jeder Erfahrene weiss, dass längere Latenz der Krankheitsanfälle spontan oder durch eine neue Heilmethode oft genug beobachtet wird.

Wie wenig es gerechtfertigt ist, auf solchem Gebiet sanguinischen Hoffnungen sich zu ergeben, lehren u. A. die Erfahrungen eines so bedeutenden Chirurgen wie Allen Starr („Hirnchirurgie", deutsche Ausgabe 1895), der bei 427 Fällen „consecutiver" Epilepsie nur 26 Mal Indicationen zur Trepanation fand.

Von 13 eigenen Fällen, über die Starr ausführlich berichtet, genas keiner durch den operativen Eingriff. Von 29 weiteren, aus der Literatur von ihm zusammengestellten sollen 8 genesen sein, aber die Beobachtungsdauer betrug meist nur Monate, nur in einem Falle bis zu einem Jahr. Die Gründe (wesentlich nicht vollständige Entfernbarkeit von krankhaften Veränderungen, besonders von Narbengewebe), welche, selbst bei indicirter Operation, den Erfolg schmälern, hat Starr (op. cit.) in lichtvoller Weise auseinandergesetzt.

Immerhin wird man dem kühnen Chirurgen Recht geben, wenn er meint, dass man sich durch Misserfolge nicht entmuthigen lassen und bei vorhandener Indication die nur mit etwa 5 % Mortalität zu beziffernde Operation unternehmen soll.

Die grössten Vortheile bietet wohl die operative Chirurgie in prophylactischer Hinsicht, insofern sie bei frischen Schädelverletzungen operativ eingreift und Reize entfernt, die später zum Entstehen von Epilepsie Veranlassung geben könnten.

Die wichtigste Frage für ein operatives Einschreiten, da wo einem Trauma capitis Epilepsie gefolgt ist, ist die nach den Indicationen.

Dass die aufgetretene Epilepsie mit einem vorausgegangenen Trauma capitis überhaupt zusammenhängt, ist nicht immer so leicht sicherzustellen.

Aus der Thatsache, dass von 8985 im deutsch-französischen Kriege am Kopf verwundeten deutschen Kriegern nur 46 epileptisch geworden

sind, lässt sich folgern, dass vielfach noch anderweitige Umstände im Spiel sein mögen, die die Krankheit herbeiführen helfen und dass überhaupt der Einfluss des Trauma gegenüber anderweitigen Schädlichkeiten ein geringer ist.

In vielen Fällen, wo ein Trauma capitis wirksam gewesen sein mag, geschieht dies sicher auf Grund von erblicher Belastung, Schädigung des Schädelwachsthums oder Alkoholausschweifung. Ganz besonders kommt die letztere in Betracht, wie dies 2 von Jolly (Charitéannalen 20. Jahrgang) klinisch ätiologisch eingehend beleuchtete Fälle in schönster Weise illustriren.

Meist wird das Trauma capitis nicht durch die Verletzung (die gar nicht vorhanden zu sein braucht), sondern durch die mit dem Trauma gesetzte Commotio cerebri epileptogen werden. So begreift es sich auch, dass eine allerdings vorhandene Knochennarbe für die Pathogenese des Falles bedeutungslos sein kann.

Ich schliesse hier vorweg die immerhin seltenen Fälle von traumatischer Reflexepilepsie im Sinne Köppen's aus, bei welchen die von der Narbe ausgehende Aura, die durch Reizung der Narbe eventuelle experimentelle Hervorrufung eines Anfalls u.s.w. bald über die Bedeutung des Falles aufklären.

Es bedürfte übrigens einer eingehenden Studie dieser Fälle von traumatischer Reflexepilepsie im Lichte neuerer Kenntnisse über Hysteria gravis. Wenigstens handelte es sich in einzelnen Fällen meiner Erfahrung hier um traumatisch geschaffene hysterogene Zonen und nicht um (Reflex-)Epilepsie. Eine genaue Anamnese und minutiöse Erforschung der Pathogenese sind jedenfalls in allen Fällen von traumatischer Epilepsie Vorbedingungen für die Gewinnung von Indicationen.

Wie von Chirurgen und Neuropathologen wohl allgemein anerkannt wird, sind die Fälle von sog. Jacksonepilepsie diejenigen, bei welchen am ehesten an einen operativen Eingriff gedacht werden darf. Hier ist wenigstens das Gebiet gestörter Function sicher feststellbar und ebenso der Angriffsort für eine eventuelle Operation. Schwierigkeiten für die Indicationsstellung ergeben sich hier nur insofern, als der Sitz der Läsion auch subcortical sein kann und dass, in allerdings seltenen Fällen, kein organisches Substrat besteht, sondern eine functionelle Störung, indem Hysterie Jacksonepilepsie vortäuschen kann (gesammte Literatur bei Gilles, traité de l'hystérie II p. 162). Mit dieser Thatsache ist immerhin zu rechnen. Auf hysterische Stigmata ist kein Verlass. Ich habe einen monosymptomatischen Fall von hysterischem motorischem Jackson beobachtet. Ausgesprochene Ausfallserscheinungen

im betr. Rindengebiet, haben diagnostisch jedenfalls viel grösseren Werth zu Gunsten einer organischen Begründung des Falles, als Reizerscheinungen.

Im Anschluss veröffentliche ich Fälle aus meiner Klinik, bei welchen nach meiner Ueberzeugung die Vornahme einer Operation ganz ungerechtfertigt war.

Diese Fälle sollen nicht anklagen, sondern einfach warnen, die Diagnose und Operation nicht zu leicht zu nehmen.

Beob. 1. Franz B., geb. 1871, Kellner, aufgenommen auf der psychiatrischen Klinik im Wiener allgemeinen Krankenhause am 21. 12. 1892 wegen eines in einem offenbar epileptischen psychischen Ausnahmszustand versuchten Selbstmordversuches, stammt von einem neuropathischen, jähzornigen Vater. Sein Bruder starb in früher Jugend an „Gehirnentzündung".

Pat., der als Kind nie an Convulsionen gelitten haben soll, hatte Rachitis gehabt und soll von jeher nervös und aufgeregt gewesen sein. Seit seinem 8. Jahre hatte er an häufigen Vertigo- und Syncopeanfällen von entschieden epileptischem Gepräge gelitten. In beiderlei Anfällen fand sich Pallor. Aura fehlte. Die ersteren dauerten Secunden, die letzteren bis zu 5 Minuten. Motorische Reizerscheinungen wurden dabei niemals beobachtet.

Im März 1883 stürzte Pat. beim Turnen (wahrscheinlich in einem Schwindelanfall) von einer Leiter, erlitt eine leichte Rissquetschwunde am l. Scheitelbein und war 5 Minuten bewusstlos.

Drei Stunden später, auf einem Spaziergang, erlitt er den ersten klassischen epileptischen Insult. Von nun an kehrten solche sehr häufig, sowohl im Schlaf als im Wachen wieder, nicht selten gefolgt von leichten Verwirrtheitszuständen. Eine Aura bestand nicht für diese Anfälle. Dieselben traten nach Jahresfrist zurück. An ihre Stelle traten nun wieder die früheren Vertigo- und Syncopeinsulte. Auch litt nun Pat. an freistehenden Dämmerzuständen, in welchen er zur Hand befindliche Gegenstände sich aneignete, an anderem Orte wieder fortwarf, ohne das Geringste von diesen Vorgängen zu wissen. Er verlor deshalb seine Stellung als Setzerlehrling, wurde darüber verstimmt, äusserte Taedium vitae, befand sich deshalb 1886 im Frühjahr in der Beobachtungsstation des Wiener allgem. Krankenhauses und wurde wegen Fortdauer epileptischer Ausnahmszustände nach der heimathlichen Irrenanstalt geschickt, in welcher er etwa ein halbes Jahr verweilte. Gebessert entlassen, wurde er Kellner, bekam seine Anfälle, angeblich wegen des anfreibenden Berufes, in 3—4 monatlichen

Intervallen wieder. Nach einer Rauferei, wobei Pat. ein Glas an das l. Os parietale geworfen worden war, jedoch ohne Verletzung, sehr bedeutend vermehrte Anfälle. Als ihm ein Arzt erklärte, er sei unheilbar, machte Pat. einen Suicidversuch mittelst Adernaufschneiden. Er wurde ins Krankenhaus aufgenommen, hatte daselbst 2—3 Mal täglich Anfälle genuiner Epilepsie. Gebessert entlassen am 19. 12. 1890. Pat. hatte nun durch längere Zeit wieder nur Vertigo- und keine klassische Anfälle. Ende August 1891 machte er die Bekanntschaft eines wandernden Hypnotiseurs, der ihn als Medium zurichten wollte. Es kam nun zu einem mittelst Braid'scher Methode unternommenen Hypnoseversuch, der angeblich tiefes Engourdissement erzielte. Noch an demselben Abend entstand der erste Hysteriagravisanfall (epileptoide Phase, grands mouvements) von mehrstündiger Dauer. Dieser wiederholte sich nun täglich, während die vertiginösen und klassischen epileptischen Anfälle schwanden. Aus Nothlage und Kummer über seine Krankheit machte Pat. im October 1891 einen Suicidversuch durch Erhängen, kam deshalb in ein Spital, wo man die Hysteria gravis-Anfälle, obwohl Pat. die schönsten coordinirten Krämpfe hatte (Arc de cercle, „Verkrümmungen wie ein Fragezeichen") für Epilepsie hielt und zwar für Jackson, im Zusammenhang mit jener leichten Verletzung vom März 1883.

Am 27. 11. 1891 wurde am l. Scheitelbein trepanirt, aber die daselbst erwartete Veränderung an der Vitrea und Dura nicht vorgefunden. Nach diesem operativen Eingriff waren die Hysteria gravis-Anfälle eine zeitlang geschwunden. Etwa 6 Wochen nach der Operation kam es eines Abends zu rotirenden Krampfbewegungen im rechten Schultergelenk und darauf zu einer gekreuzten hysterischen Streckcontractur. Daran reihten sich durch 3 Tage und 3 Nächte in halbstündigen Intervallen wiederkehrende, jeweils 5—6 Minuten andauernde Klonismen, bei intactem Bewusstsein.

Man hielt diese neuerlich für Jackson, nahm an, dass die Wundränder einen Druck auf das Gehirn ausübten, öffnete und nähte die Wunde nochmals, worauf thatsächlich jene Anfälle nicht wiederkehrten. Am 5. 3. 1892 wurde Pat. frei von solchen aus dem Spital entlassen und befand sich wohl bis zum 10. 9. 1892, an welchem Tage er an der trepanirten, durch keine Platte geschützten Stelle, an einen Gaskandelaber anstiess. Durch dieses Trauma scheint die in der Folge andauernd hyperästhetische Stelle spasmogen geworden zu sein.

Es kam zunächst zu einer Beugecontractur in der r. OE., die angeblich durch Faradisation des r. Schultergelenks beseitigt wurde.

Ende Oktober 1892 stürzte Pat. von einer Leiter und fiel mit

dem Hinterhaupt auf eine Sessellehne. Sofort stellte sich ein Anfall ein, in welchem die in Streckcontractur befindliche r. OE. nach rückwärts gezogen wurde, während Klonismen im l. Fuss bestanden.

Solche Anfälle wiederholten sich in stundenlanger Dauer häufig; ab und zu entwickelten sie sich weiter zu Hysteria gravis (epileptoide Phase, allgemeine Starre) und gingen dann mit Bewusstseinsverlust einher.

Wegen eines neuerlichen Suicidversuchs war Pat. am 21. 12. 1892 (s. o.) auf die psychiatrische Klinik aufgenommen worden.

Stat. praesens: Pat. mittelgross, gracil, von gutem Ernährungszustand. Schädel leicht rachitisch, an den Tubera abnorm prominent, Cf. 54.5. Auf der Höhe des l. Scheitelbeines ein ovaler, sagittal gestellter, muldenförmig vertiefter, von einem Knochenwall umgebener, 6 cm langer, 3 cm breiter Knochendefect, von normaler Kopfhaut gedeckt. Schon leises Berühren dieser Stelle ruft lebhaften Schmerz hervor. Hirnpulsation ist daselbst deutlich zu fühlen. Bei Hustenstössen wird diese Parthie vorgewölbt.

Anästhesie der Conjunctiva und Cornea r. und l. Anästhesie auf l. Kopf- und Gesichtshälfte incl. l. Mundhöhle. Clavus. Amyosthenie, Hypästhesie und Hypalgesie in r. OE., Verlust der cutanen und tiefen Sensibilität im 1. und 2. Finger, Anästhesie des l. Fusses bis über die Malleolen herauf, hier ringförmig abschneidend. Amyosthenie, Hypästhesie und Hypalgesie in der übrigen l. UE., bedeutende Herabsetzung der tiefen Sensibilität daselbst. Schmerzhafte Druckpunkte an Wirbelsäule und unter der l. Mamma. Patellarreflex gesteigert, l. mehr als r. Anfälle von Contractur in der dann nach rückwärts gezogenen r. OE., zugleich mit Klonismus der l. UE. Episodisch arten solche Anfälle zu grands mouvements (Arc de cercle, halbseitige Verdrehungen und Wälzen um die Längsaxe) mit Trübung des Bewusstseins aus. Im Anfall hört die jeweils intervallär sehr deutlich an der Trepanationsstelle zu fühlende Hirnpulsation auf. Die höchst hyperästhetische Operationsstelle scheint spasmogen. Besserung bei entsprechender Behandlung.

Nach der Entlassung (9. 3. 1893) in Nothlage wieder tägliche und schwere Hysteria gravis-Insulte.

Am 24. 4. 1893 neuerliche Operation auf dem l. Scheitelbein behufs Einheilung einer Celluloidplatte. Einige Stunden später unter heftigen excentrischen Schmerzen in r. OE. Jacksonartige Klonismen, serienartig, jeweils 4—5 Minuten lang, einmal auch mit Uebergreifen auf das r. Facialisgebiet, bei erhaltenem Bewusstsein. Nach mehrstündiger Dauer cessiren diese Jacksonanfälle und hinterlassen eine schlaffe Lähmung in der r. OE.

Die Operation bestand in Eröffnung der Operationsstelle, Excision der Narbe, Anfrischung der alten Trepanationsstelle, Spaltung der Dura, Punction des Gehirns (kein Abfluss von Flüssigkeit), Deckung der Lücke durch einen seitlich davon gewonnenen Hautknochenlappen. Seither häufige Jacksonanfälle, an denen auch die r. UE. theilnimmt.

Am 25. 6. stösst sich Pat. an die operirte und offenbar nach wie vor spasmogene Stelle. Sofort Stat. hystericus und Delirien, Suicidversuche bis zum 3. 7., wo Pat. mit Amnesie für alles Vorgegangene zu sich kommt. Er wird am 4. 7. auf die psychiatrische Klinik verbracht.

Stat. vom 5. 7. 1893: Hochgradige Schmerzhaftigkeit der Operationsstelle. In r. OE. und UE. Amyosthenie. Sensibilität intact. Im Juli und August mehrere Anfälle von r. Jackson (OE. und UE.) und solche von Hysteria gravis.

Am 27. 8. 1893 in die Versorgungsanstalt entlassen. Bis zum August 1896 anfangs noch häufiger, dann seltener Jacksonanfälle, nie klassische epileptische. Zuweilen Hysteria gravis-Anfälle mit Delir, in welchem gelegentlich Suicidversuche stattfinden. August 1896 entschliesst sich ein Chirurg zu neuerlicher Trepanation auf dem l. Scheitelbein, trägt angeblich eine „schwammige“ Masse auf der Hirnrinde ab und deckt den Schädeldefect mit einer Celluloidplatte, worauf die Jacksoninsulte definitiv schwinden. Die Hysteria gravis-Anfälle dauern fort. Nach einem neuerlichen Erhängungsversuch kommt Pat. wieder einmal auf die psychiatrische Klinik.

Stat. 6. 11. 1896: Operationsstelle sehr empfindlich bei Berührung. In r. OE. und UE. Amyosthenie. Hypästhesie und Hypalgesie am r. 4. und 5. Finger. Sonst Sensibilität überall normal. Seltene Hysteria gravis-Anfälle, neuerlich öfter Dämmerzustände mit taed. vitae, gelegentlich Sehen von schwarzen Menschen en masse, die Pat. verfolgen. Kein Potus im Spiele. Pat. wurde in die heimathliche Irrenanstalt transferirt, in welcher er bis zum 6. 7. 1897 verblieb. Seither keine irgendwie geartete Insulte mehr. Die Kopfnarbe ist nicht mehr schmerzhaft. Negativer Befund von Seiten des Nervensystems.

Epikrise: Idiopathische Epilepsie in Gestalt von petit mal, auf Grund von hereditärer Belastung und Rachitismus cranii vom 8. Jahre ab. Fortentwickelung der epileptischen Neurose zu grand mal und psychischen Aequivalenten, nach Trauma capitis ohne Schädelverletzung.

Durch Hypnotisirungsversuche eines Laien entsteht Hysteria gravis. Zurücktreten der epileptischen Neurose. Verwechselung der hysterischen Neurose mit Epilepsie, anamnestisch und klinisch ganz un-

gerechtfertigte Annahme einer Rindenepilepsie. Auf diese irrthümliche Annahme gegründete ganz erfolglose Trepanation. Neuerliche Verwechselung der hysterischen Krampferscheinungen mit Rindenepilepsie. Neuerliche erfolglose Schädeleröffnung. Die Operationsnarbe wird Sitz einer hysterischen spasmogenen Zone. Abermalige Operation wegen vermeintlicher Jacksonepilepsie.

Auf Grund dieser irrigen Voraussetzung Spaltung der Dura und Punction des Gehirns. In Folge dieses Eingriffes wirkliche Entwickelung von Jacksonepilepsie. Durch neue Operation endlich Schwinden von Jackson. Der in Ruhe gelassene Kranke verliert allmählich auch seine Hysteria gravis. Wahrscheinlich als psychische Aequivalente aufzufassende Dämmerzustände bestehen fort und sind wohl als Residuen der ursprünglichen epileptischen Neurose aufzufassen.

Die vorstehende Krankheitsgeschichte stellt eine wahre medicinische Odyssee dar und rechtfertigt das Verlangen nach besserer Diagnose und richtiger Indicationsstellung, bevor man sich zu chirurgischen Eingriffen bei Krampfkrankheiten entschliesst. Schon die genaue anamnestische Forschung hätte in diesem Falle die Unhaltbarkeit der Annahme einer traumatischen Epilepsie erweisen müssen.

Beob. 2. Im Herbst 1892 liess sich der 25 Jahre alte Verkäufer R. in meiner Klinik aufnehmen.

Er ist hereditär belastet (Eltern und Bruder nervös, jähzornig, Mutter mit Migräne behaftet), war ein eigenartiger, schüchterner, linkischer, träumerischer Junge, kam in der Lehre nicht fort, versuchte es, 16 Jahre alt, bei der Marine, wurde 1888 wegen Intermittens, Lues, doppeltem Leistenbruch superarbitrirt, ergab sich nun dem Potus und schoss sich am 16. 8. 1891, verzweifelt über seine Lage, mit einem Revolver in die r. Schläfe. Er wurde bewusstlos aufgefunden, erbrach mehrmals, bot keine Lähmung. Das Projectil wurde nicht aufgefunden. Der Schusskanal reichte horizontal mehrere Centimeter weit in die Schädelhöhle hinein.

Am 21. 10. 1891 riss sich Pat. im Spital in einem Zornaffect den Verband ab, fuhr mit einer Kornzange in den Wundkanal und zog sich Gehirnsubstanz heraus. Er scheint sich dabei den r. tractus opticus und r. pedunculus cerebri verletzt zu haben. Die unmittelbare Folge dieses Eingriffs war ein Gefühl von Eiseskälte in der l. Körperhälfte, eine l. Hemiplegie inclus. Mundfacialis, l. Hemihypästhesie, l. Hemianopsie. Die Wunde heilte bald. Gegen seine Lähmung suchte Pat. vergebens Hülfe in verschiedenen Spitälern.

Stat. praes. vom 2. 12. 1892. Pat. gross, kräftig, gut genährt,

ohne Zeichen von Lues, ohne Störung in den Functionen der vegetativen Organe. In der r. Schläfe findet sich ein etwa kreuzergrosser, kreisrunder Defect im Knochen, verschlossen durch eine festsitzende, kaum verschiebliche, muldenförmig eingezogene, bei Druck schmerzhafte Narbe, durch welche man undeutlich Hirnpulsation fühlt. Pupillen mittelweit, gleich, hemiopische Pupillenreaction. Im Perimeterbefund l. scharf abgegrenzte Hemianopsie. Augenhintergrund normal. Alle übrigen Hirnnerven (auch Oculomotorius) intact, bis auf Parese des l. Facialis im Wangen- und Mundtheil.

In der l. OE. alle Bewegungen in physiologischem Umfang möglich, aber ganz kraftlos. Sehr rasches Ermüden. Es besteht Ataxie, im l. Biceps eine Spur von Rigor. Die l. OE. ist im Volumen um 2 cm reducirt. Die tiefen Reflexe sind hochgesteigert.

An der l. UE. sind die Einzelbewegungen erhalten, aber kraftlos. Beim Gehen, das entschieden hemiplegisch ist und Spuren von Rigor verräth, scharrt die l. Fussspitze am Boden. Trophische und vasomotorische Störungen bestehen nicht. Enorme Steigerung der tiefen Reflexe, bis zu Patellar- und Fussklonus.

Pat. klagt über ein Gefühl von Kälte in l. OE. und UE., deren Temperatur auch thatsächlich herabgesetzt ist. Pat. schwitzt profus auf der l. Seite (r. fast gar nicht). Auf der ganzen l. Körperhälfte besteht keine Störung der Sensibilität. Blase und Mastdarm sind intact. Der Bauchreflex fehlt links. Auf der r. Körperhälfte keine motorische oder sensible Anomalie.

Pat. verlässt nach wenig Tagen die Klinik, in der er am 8. 10. 1893 neuerlich zur Aufnahme gelangt. Seit Anfang Februar 1893 hatte R. an neurasthenischen Beschwerden (Kopfdruck, Gefühl eines eisernen Reifs um den Kopf, Verstimmung, Schlaflosigkeit u. s. w.) und eigenthümlichen, motorischem Jackson ähnlichen Anfällen zu leiden begonnen. Als Aura solcher verspürte er Ameisenkriechen in den Fingerspitzen der l. Hand, das sich über den Arm aufwärts erstreckte. Dann kam es zu Pfeifen, Rauschen in beiden Ohren, Schwindel, Umneblung, worauf klonische Krämpfe l. einsetzten. Die Zuckungen begannen im l. Gesicht, setzten sich fort auf l. OE., UE., dauerten bis zu 10 Minuten ohne Verlust des Bewusstseins, ausser in den seltenen Fällen, wo sie, in der l. UE. angelangt, auch auf der r. Seite auftraten. Einmal kam es in einem solchen generalisirten Anfall zu Zungenbiss. Solcher Anfälle kehrten bis zu 4 täglich wieder. Einigemal hatte Pat. auch freistehende Dämmerzustände gehabt, aus welchen er an ganz fremdem Orte, ohne zu wissen warum und wie er dahin gekommen, erwachte.

Am 7. 8. 1893 hatte sich Pat., in der Hoffnung auf Hülfe durch

eine Operation, in einem chirurgischen Spital aufnehmen lassen. Man entschloss sich zu einer solchen. Am 24. 8. wurde die frühere Wundstelle trepanirt, die mässig gespannte Dura eröffnet, wobei sich viel Cerebrospinalflüssigkeit entleerte. Das Gehirn zeigte an dieser Stelle deutliche Pulsation und da man die Hirnoberfläche intact fand, wurde von einem weiteren Eingriff abgestanden. Glatter Wundverlauf. König'sche Plastik mittelst Transplantation einer dünnen Knochenlamelle von der Lamina ext.

Bis zum 30. 8. Fortdauer der „epileptischen" Insulte. Nun kommen aber delirante (fieberlose) Zustände, in welchen er klagt, man schlage ihn auf den Kopf, schreit, lärmt, sich den Verband herunterreisst. Deshalb Aufnahme auf der psychiatrischen Klinik, wo er vom 14. 10. ab ruhig und lucid wird. Im Stat. praes. vom 14. 10. ist der frühere Befund der Herderkrankung insofern geändert, als l. Hand und Finger gelähmt sind, eine leichte Contractur in diesen besteht, in l. UE. Lähmung in Zehen und Fussgelenk sich vorfindet, mit Plantarcontractur des Fusses und Streckcontractur der übrigen Extremität.

Dieser dem Bild einer Herderkrankung nicht ganz entsprechende motorische Befund findet eine eigenartige Beleuchtung durch folgende Sensibilitätsstörungen: L. Hemihypästhenie für tactile und thermische Reize, Hyperästhesie für Schmerzreize, bedeutende Herabsetzung des Gefühls für passive Bewegung und der Lagevorstellung in l. OE. und UE.

In r. OE. und UE. nichts Abnormes, ausser Steigerung des Patellarreflexes und leichtem Fussclonus. Die früheren Jacksonanfälle kehren alle 2–3 Tage wieder.

Zustand ungebessert beim Austritt des Pat. im März 1894.

Am 18. 5. 1895 lässt sich Pat. neuerlich auf der Klinik aufnehmen. Er berichtet, dass seine Anfälle sich nach der Entlassung verloren hatten, dass er 8 Monate lang ganz frei von solchen war, erst neuerlich wieder von solchen heimgesucht wurde. Sie sind seltener aber heftiger geworden, insofern sie nun meist auf die rechte Seite übergreifen und mit Bewusstseinsverlust einhergehen. Ihr Charakter hat sich nicht geändert.

Während die l. homonyme Hemianopsie unverändert fortbesteht, ist jetzt keine hemiopische Pupillenreaction mehr zu constatiren. Augenspiegelbefund nach wie vor negativ.

Pat. ist psychisch geändert, insofern er auffallend reizbar geworden und häufig verstimmt ist. Die Intelligenz hat nicht gelitten.

An der l. OE. sind sämmtliche Muskeln des Schultergürtels und des Ellbogengelenkes paretisch und im Volumen reducirt. Im Hand-

gelenk besteht Parese der Strecker, Lähmung der Beuger, an den Fingermuskeln Parese und Rigor. Ataxie, gesteigert durch Augenschluss, Intentionstremor der l. Hand. Hochgradige Steigerung der tiefen Reflexe, Handclonus.

An der l. UE. findet sich spastische Parese in dem Hüft- und Kniegelenk, Lähmung im Fussgelenk. Von den Zehen besitzt nur der Hallux eine (beschränkte) Beweglichkeit. Gang spastisch paretisch atactisch. Patellar- und Fussclonus.

Im l. Facialismundgebiet Parese. R. und L. Anosmie, Ageusie der l. Zungenspitze. Die tactile Sensibilität im Gesicht ist r. und l. normal, die Schmerzempfindlichkeit r. im 1., l. in allen Aesten gesteigert, die thermische im gleichen Gebiet sehr herabgesetzt.

Auf l. OE. und l. Thorax besteht tactile Anästhesie, thermische Hyp- und algetische Hyperästhesie. Die tiefe Sensibilität ist in allen Gelenken sehr gestört. Für die l. Hand fehlt das Bewusstsein der Lage und Stellung.

An l. UE. besteht tactile Hypästhesie, Hyperalgesie, die aber nach Anfällen vorübergehend einer Hypalgesie weicht, Thermanästhesie (thermische Reize werden nur als Schmerz empfunden). Die tiefe Sensibilität ist nur im Hüftgelenk erhalten.

Weitere hysterische Stigmata sind nicht vorhanden. Auf der r. Körperhälfte sind Motilität und Sensibilität intact. Pat. wurde einer Siechenanstalt zugewiesen.

Beob. 3. L. R., Commis, 21 J., aufg. 10. 2. 1894 angeblich unbelastet, früher gesund, schoss sich in Verzweiflung, als er Eltern und Geschwister vor 4 Jahren dem Tod des Verbrennens ausgesetzt sah (Mutter verbrannte thatächlich) eine Revolverkugel in die r. Schädelhälfte. Sofort, ohne Bewusstseinsverlust, Hemiplegie sin. inclus. Facialis, exclus. Zunge. Nach 24 Stunden Anfälle von Klonismus der l. Gesichtshälfte, 15 Minuten dauernd, anfangs bis zu 4 mal täglich, allmälig seltener werdend. Nach 2 Monaten Trepanation an der Stelle der Verletzung. Entfernung von 2 Knochensplittern. Schwinden der Facialiskrämpfe. Ein Jahr nach der Schussverletzung fällt Pat. eine 1 Kilo schwere Schachtel auf den Kopf. Einige Minuten darnach Wiederkehr der l. Gesichtskrämpfe, die sich auf l. Arm und l. Bein fortsetzen und das Bild eines Jacksonanfalles repräsentiren. Häufige Wiederkehr dieser Anfälle. Nie Bewusstseinsverlust, nie Uebergreifen auf die r. Körperhälfte.

Pat. capricirte sich darauf, durch operative Eingriffe Heilung zu finden. Er liess sich 7 mal in Pest, 2 mal in Wien, trepaniren, theils

Knochenstücke reseciren. Man fand nie eine Verletzung der Hirnoberfläche vor und beschränkte sich darauf, diesen negativen Befund zu constatiren. Die letzte Operation hatte am 13. 9. 1893 stattgefunden. Seither waren die Jacksonanfälle seltener aber schwerer geworden, bezw. auch auf die r. Seite übergegangen und mit Bewusstseinsverlust verbunden. Während ihnen früher nie eine Aura vorausgegangen war, leitete sie nunmehr Herzklopfen, Klopfen im Kopf, Beängstigung, Schwindelgefühl ein.

Pat. war wegen eines pathologischen Affects auf die psychiatrische Klinik transferirt worden. Während seines mehrtägigen Aufenthaltes daselbst wurde nachstehender Befund gewonnen:

Pat. mittelgross, ohne Degenerationszeichen, ohne Befund seitens der vegetativen Organe. Auf dem rechten Stirnbein eine 5 cm lange, 2 cm breite Narbe, darunter bewegliche Knochenstücke, von einer nicht gelungenen König'schen Transplantation herrührend. Auf dem r. Scheitelbein eine ovale 6 cm lange, 4 cm breite Narbe, darunter ein durch Celluloidplatte gutgedeckter Knochendefect. Bei der Exspiration wölbt sich diese Stelle vor.

Bis auf leichte Parese des l. Mundfacialis alle Hirnnerven normal. R. Körperhälfte ohne pathologischen Befund.

L. OE. Alle Bewegungen activ möglich, aber grobe Muskelkraft, besonders in Hand- und Fingermuskeln minimal (Dynamom. R. 27 L. 5). Bei passiver Bewegung leichter Rigor in den Ellbogen-, Hand- und Fingermuskeln. Tiefe Reflexe sehr gesteigert. Sensibilität intact.

L. UE. Parese in Hüft- und Kniegelenkmuskeln. Lähmung in Fuss- und Zehengelenken. Starker Rigor im Fuss- und Kniegelenk. Hemiplegisch spastischer Gang. Tiefe Reflexe sehr gesteigert (Fussklonus). Sensibilität intact.

Beob. 4. St., Bahnarbeiter, aufg. 26. 1. 1896, stammt von sehr jähzornigen Eltern. Mutters Schwester endete durch Selbstmord. Pat. litt als Kind schwer an Convulsionen, lernte spät gehen und sprechen, hatte irrelevante Kinderkrankheiten, diente anstandslos 1890 in der Armee, war kein Trinker, erkrankte (1892) mit 25 Jahren, ohne auffindbare Ursache, an genuiner Epilepsie, wurde reizbar, vergesslich, hatte sehr heftige Anfälle, verlor deshalb seinen Dienst, wandte sich an verschiedene Aerzte, wurde erfolglos behandelt, zuletzt am 10.11.1894 am r. Scheitelbein trepanirt, obwohl weder eine Verletzung am Kopf nach Auraerscheinungen, die er nie gehabt hatte, einen solchen operativen Eingriff indicirt erscheinen liessen. Der Befund am Cranium war ein negativer. Die Anfälle der Krankheit wurden dadurch in keiner Weise

beeinflusst. Wegen einer falschen Selbstbeschuldigung, im epileptischen Dämmerzustand gemacht, war Pat. auf die psychiatrische Klinik gekommen. Pat. mittelgross, Cranium rachit., von 54 cm Horizontalumfang.

Am r. Scheitelbein ein kreisrunder, 4 cm im Durchmesser betragender Knochendefect. Pulsation des Gehirns daselbst deutlich sicht- und tastbar. Keine Zeichen einer Herderkrankung.

Beob. 5. H., 17 J., Lehrling, aufg., 10. 5. 1894, von rückenmarkskrankem Vater, aus im Uebrigen gesunder Familie, nie schwerkrank gewesen, mit submicrocephalem Schädel (Horizontalumfang 52.5 cm), bekam, 14 Jahre alt, einige Stunden nach einem heftigen Schreck, einen klassischen Anfall von Epilepsie, der sich seither fast jede Nacht wiederholte. Obwohl Pat. nie ein Trauma capitis erlitten hatte, auch keine vom Schädel ausgehende Aura bot, wurde er am 27. 4. 1892 am r. Seitenwandbein trepanirt. Negativer Befund an der Operationsstelle. Seither Anfälle der Epilepsie schwerer und häufiger (bis zu mehreren in einer Nacht). Zunehmende Reizbarkeit, Rückgang der ethischen und intellectuellen Leistungen. Wiederholte Diebstähle, zuletzt Verurtheilung zu 8 Monaten Kerker. Diebstähle wahrscheinlich in psychischen Dämmerzuständen begangen. Pat. wurde schon bald nach Antritt der Strafhaft wegen epileptischer Degeneration entlassen. Während des kurzen Aufenthalts auf der Klinik Anfälle klassischer Epilepsie.

VII.

UEBER ECMNESIE.

Ueber Ecmnesie.

In einer 1887 zu Bordeaux erschienenen Brochüre [1]) beschrieb Dr. H. Blanc-Fontenille einen eigenthümlichen transitorischen psychischen Ausnahmszustand, den er bei einer Hysterischen auf Pitres Klinik zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte, als „Délire avec ecmnésie".

Es handelte sich um seelische Zustände, in welchen die Pat. in frühere Lebensabschnitte zurückversetzt schien, frühere Episoden nochmals mit augenscheinlicher Treue durchlebte.

Während nun für diese hell beleuchtete Episode Gedächtniss- und Associationskraft nichts zu wünschen übrig liessen, auch alle Erinnerungen und alle Fertigkeiten bis zu dem betr. Moment, welchen Pat. gerade durchlebte, lückenlos zu Gebote standen, war sie ex memoria, d. h. im Zustand der Amnesie für alle Erlebnisse, Kenntnisse, Fertigkeiten, die nach jener Episode, die gerade neuerlich durchlebt wurde, erfahren, bezw. erworben worden waren.

Dieser Lebensabschnitt bis zur Gegenwart war temporär ganz verdunkelt — ecmnestisch.

Solche Anfälle kamen ursprünglich im Anschluss an Attaquen von Hysteria gravis, in Gestalt von Schlaf- oder convulsiven Anfällen. Später constatirte man ihre Hervorrufbarkeit durch Hypnose oder vermittelst Reizung bestimmter Stellen (Zones „idéoecmnésiques") der Körperoberfläche.

Der Fall des Verf. ist kurz folgender:

---

1) Dr. H. Blanc-Fontenille, étude sur une forme particulière de délire hysterique (Délire avec Ecmnésie). Bordeaux. Bellier et Cie. 1887. pp. 50.

Beob. 1. A. M., 32 J., unehelich, Eltern unbekannt, erlitt als Kind von 7 Monaten tiefe Brandwunden an Hals und Gesicht, hatte unerhebliche Kinderkrankheiten, genoss gute Erziehung, trat mit 12 Jahren in einen Dienst ein, wurde kränklich, nervös, brachte mehrere Jahre in Spitälern zu, erholte sich, menstruirte zuerst mit 16 Jahren, wurde im neuerlichen Dienst Maitresse ihres Dienstherrn, heirathete 1879 einen Diener desselben. Im Februar 1881, mit 25 Jahren, nach heftiger Gemüthsbewegung in Folge von Streit mit dem Geliebten, Ausbruch von Hysteria gravis convulsiva. Wegen abdominaler Schmerzen und Fortdauer der Anfälle Aufenthalt in der Klinik von Pitres vom Dec. 1881 bis Mai 1882. Die convulsiven Anfälle wurden selten, dagegen kamen häufig Schlafanfälle. Pat. lebte von nun an auf dem Lande und kam nur mehr gelegentlich Exacerbationen ihrer Krankheit auf die Klinik.

Oft wurde nun bemerkt, dass in dem Delir, das den Hysteria gravis-Anfall beschloss und das den ätiologisch wichtigen Streit mit dem Geliebten vom Februar 1881 zum Inhalt hatte, Pat. für alle Erlebnisse seit diesem Zeitpunkt absolut keine Erinnerung hatte, von Krankheit, Aerzten, Spital u. s. w. nichts wusste und ganz im Februar 1881 lebte.

Sobald man den deliranten Zustand durch Compression des l. Ovariums beseitigte, war die Kranke wieder richtig orientirt und die Continuität ihrer Erinnerung hergestellt. Auch nach Schlafanfällen wurden ganz analoge Zustände von délire ecmnesique, aber mit wandelbarem Inhalt und verschiedene Lebensepisoden repräsentirend, beobachtet. Eines Tages brachte sie ihr Mann, während sie sich als Kind von 6 Jahren wähnte und benahm. Compression des l. Ovariums beseitigte jeweils den Zustand. Sich selbst überlassen, konnte die Lösung bis zu Tagen ausstehen.

1886 versuchte man solches Délire ecmnesique künstlich hervorzurufen. Pat. hatte mit 7 Jahren wegen Croup eine Tracheotomie ausgestanden. Man veranlasste sie, ihre Erinnerungen von dieser Episode zu erzählen. Während sie dies that, versetzte man sie in Hypnose. Mit dem Eintritt dieser benahm sich Pat. wie ein Kind von 7 Jahren, markirte das Bild einer schwer Croupkranken, athmete erleichtert nach der Operation, redete wie ein tracheotomirtes Individuum und machte Allen den Eindruck, dass sie jene Lebensepisode nochmals durchmache. Aller Erlebnisse, die in ihre spätere Existenz fielen, war sie sich in diesem Zustand nicht bewusst, aber auch eine l. Hemianästhesie, die sie sonst hatte, war temporär geschwunden.

In der gleichen Weise, nämlich durch Hinlenkung der Aufmerksamkeit der Pat. auf eine bestimmte Lebensepisode im Moment der Einschläferung, konnte man entsprechende frühere Situationen bei ihr hervorrufen, die allen Beobachtern den Eindruck der Versenkung der Persönlichkeit in solche und des Aufgehens in der Reproduction solcher Situationen machten. In diesem Zustand fehlte jeweils jegliches Bewusstsein, bezw. Erinnerung von zeitlich späteren Erlebnissen. Bezügliche Erwähnungen waren Pat. ganz unverständlich. Verf. wird nicht müde, die Treue der Reproduction der verschiedenen Lebensabschnitte, die die grösste schauspielerische Leistung übertreffende Natürlichkeit der Darstellung zu betonen, die innere Uebereinstimmung und den Mangel jeglichen Widerspruchs in den Situationen, gegenüber den verfänglichsten Kreuz- und Querfragen Seitens der Aerzte in der Feststellung der Ecmnesie. Dies erstreckte sich soweit, dass Pat.

hemianästhetisch nur in Episoden ihres Lebens war, wo dieses Symptom schon bestanden hatte, sonst nicht. Aber auch gewisse spasmo- und hypnogene, sonst nie versagende Zonen versagten vollständig, wenn sie in vermeintlichen Lebensabschnitten gereizt wurden, in welchen sie bezw. die Krankheit noch nicht entwickelt waren.

Ebenso, wie quasi durch Autosuggestion in beginnender Hypnose, vermochte man Pat. auch durch Suggestion in Hypnose in Délire ecmnésique zu versetzen, das nach Beendigung der Hypnose als eine Art posthypnotischer Zustand dann sofort eintrat.

Mit Hypnose hatte dieses Délire aber nur insofern Beziehungen, als jene ein Mittel zum Zweck der künstlichen Hervorrufung desselben sein konnte. Das suggerirte Delir in bei Pat. hervorgerufener Hypnose war offenbar nur objectivation de type, das Délire ecmnésique dagegen wirkliche Reproduction früherer Lebensepisoden.

So erklärt sich auch, dass dieses der Suggestion unzugänglich war, auch der posthypnotischen, ferner dass es in neuerlicher Hypnose nicht erinnerbar war. War diese Ecmnesie via Hypnose provocirt worden, so konnte man durch Druck auf hypnogene Zone oder Anblasen der Augen den hypnotischen Zustand jederzeit beheben, während der ecmnesisch delirante fortbestand.

Später überzeugte man sich, dass bei Pat. auch durch Druck auf bestimmte Punkte ihrer Körperoberfläche („zones idéogènes — Pitres) ecmnesische Zustände hervorgerufen werden konnten. Diese Entdeckung wurde zufällig gemacht, als Pat. über Schmerzen an solchen (ideoecmnesischen) Stellen klagte. Es fanden sich deren drei.

Die 1. entsprach der r. und l. Submaxillardrüsengegend. Reizung der Stelle rief jedesmal die Reproduction einer Episode hervor, in welcher Pat., in Wuth über eine Nachbarin, die ihr ein Huhn getödtet hatte, diese geprügelt hatte. Die 2. Stelle war beiderseits das innere Ende der Clavicula. Druck daselbst rief jeweils eine Situation hervor, in welcher Pat. über die Aussicht, aus dem Hause des M. fort zu müssen, untröstlich war. Eine 3. Zone war der Mons Veneris. Compression daselbst rief jeweils Scenen sexuellen Verkehrs mit dem früheren Geliebten M. hervor.

Während man den durch Reizung der 1. Zone bewirkten Zustand durch Compression des l. Ovariums, Reizung einer hypnogenen Zone mit daraus entstehender Hypnose, Anblasen der betr. ideogenen Zone, Reizung einer anderen ideogenen Zone, mit dem Effect der Weckung der bezüglichen Situation, beliebig aufheben konnte, konnte der Erfolg der Reizung der 2. und 3. ideogenen Zone nur durch Compression des l. Ovariums oder durch Anblasen der Augen beseitigt werden.

Die Erklärung dafür fand sich darin, dass die Reizung der 2. und 3. Zone Episoden einer Lebenszeit weckte, in welcher jene hypno- und ideogenen Zonen noch nicht vorhanden gewesen waren.

So war Pat. auch in durch 2. und 3. provocirten Situationen nicht mit l. Hemianästhesie behaftet, weil sie zeitlich vor der Entwickelung der Hemianästhesie lagen, während in der durch Zone 1 provocirten Situation, die zeitlich mit der schon bestehenden Hemianästhesie zusammenfiel, diese vorhanden war.

Verf. findet darin einen wichtigen Beweis für die Echtheit des Délire ecmnésique und für die tiefe Beeinflussung der ganzen Persönlichkeit in solchem Zustand.

Ich reihe an diese Beobachtung Blanc-Fontenille's einen typischen Fall von Ecmnesie, den ich in meiner Klinik zu studiren Gelegenheit hatte.

Beob. 2. L. P., 17 J., Dienstmädchen, aufgenommen 29. 9. 1893, stammt aus einer Jongleurfamilie. Der Vater war Potator, eine Schwester desselben war neuropathisch; der Pat. Mutter soll an Meningitis gestorben sein. 3 Geschwister der Pat. haben als Kinder an Convulsionen gelitten, 2 derselben sind schwachsinnig.

Pat. theilte als Kind das unruhige unstete Leben ihrer Eltern, kam nach dem in ihrem 12. Jahre erfolgten Verlust der Eltern nach Wien zur Grossmutter, bei der sie seit 5 Jahren gelebt hatte. Die P. war rachitisch gewesen, hatte erst mit 3 Jahren gehen gelernt, mit 11 Jahren Variola überstanden, mit 12 Jahren eine ausgedehnte und schwere Verbrennung mit Petroleum an der r. OE. und UE. erlitten, von der Narbenkeloide datiren.

Pat. hatte früher keine nervöse Symptome geboten. Einige Tage nach diesem Unfall trat der erste Hysteria gravis-Insult (Lethargus, mit einzelnen Convulsionen) ein. Solcher Insulte folgten noch mehrere, namentlich nach dem 8 Tage später erfolgten Tode der Mutter, verloren sich aber dann gänzlich. Seit 3 Monaten war Pat. durch Erkrankung der geliebten Grossmutter lebhaften Gemüthsbewegungen ausgesetzt gewesen.

Am 13. 9. 1893 äusserte sich die hysterische Neurose neuerlich bei ihr mit einem Lethargusanfall, der von einem klonischen Kiefermuskelkrampf eingeleitet gewesen war.

Am 14. Abends neuer Lethargusanfall von 30 Minuten, an den sich eine 15stündige delirante Phase anschloss.

Das Delirium habe sich um Reisen in Russland während der Kindheit, ferner um Visionen von fremden Menschen, Löwen, phantastischen wilden Thieren gedreht, jedoch habe auch Rapport mit der Aussenwelt bestanden. Amnesie für diese Anfälle, die sich nunmehr fast alltäglich in Gestalt von Lethargus oder von Delir oder beider combinirt wiederholten.

Stat. praes. vom 30. 9. 1893. Pat. untermittelgross, gracil, blass, noch nicht menstruirt, vegetativ ohne Befund. Beiderseits concentrische Sehfeldeinschränkung. Schmerzhafte Druckpunkte da und dort an Schädel, Wirbelsäule, l. ober der Mamma. Keine Ovarie. Sensi-

bilität allenthalben normal. Keine Störungen seitens der Psyche, intelligente Person, aber geringe Schulkenntnisse.

Nachdem am 5. 10. Abends ein Anfall in Gestalt von tonischen und deliranten Erscheinungen beobachtet worden war, entschloss man sich zu hypnotisch suggestiver Behandlung.

Am 6. 10. gelang tiefes Engourdissement nach Bernheim's Methode. Pat. bekam die Suggestion 1 Stunde zu schlafen. Sie erwacht genau nach 1 Stunde, ist aber nicht im normalen Zustand (= I), auch nicht mehr im hypnotischen (= II), sondern in einem eigenthümlichen (posthypnotischen?) psychischen Ausnahmszustand (= III), in welchem sie in ihr 10. Lebensjahr zurückversetzt ist, im Uebrigen aber lucid erscheint und ganz frei in ihren Associationen.

Sie glaubt sich in Russland, in einer Villa, fragt nach ihrer Mutter, weiss nichts von der Provenienz eines Ringes, den sie am Finger hat (mit 13 Jahren von der Grossmutter geschenkt), betrachtet erstaunt ihre Brandnarben, als man sie auf dieselben aufmerksam macht. Sie weiss offenbar gar nichts von allen Erlebnissen seit dem 10. Jahre, erkennt nicht die Umgebung, nimmt von ihr keine Notiz, auch nicht von der mit ihrer wahnhaften Situation contrastirenden wirklichen. Dagegen sind ihre Erinnerungen, Apperceptionen und Associationen innerhalb jener ganz ungehemmt.

Eine Schriftprobe fällt schlecht aus und contrastirt, mit ihren schiefen und ungeschickten Zügen, auffallend mit den graphischen Leistungen der Gegenwart und des normalen Bewusstseins. Dieser Ausnahmszustand dauerte 1 Stunde, ging dann in $1^1/_2$ stündigen Schlaf über, aus welchem Pat. mit Kopfweh und Schwindel in I erwachte. Sie hatte in I Amnesie für II und III.

Am 8. 10. wird II mit dem gleichen Erfolg wiederholt, d. h. Pat. kommt in III, ist wieder durch 1 Stunde ein 10jähriges Kind und geht dann durch 1 Stunde Schlaf in I über.

Abends 8 Uhr Lethargusanfall, der nach 10 Minuten in III überführt.

Am 10. 10. II + III = 6. und 8. 10.

Am 11. 10. Hervorrufung von II, mit der Suggestion, 1 Stunde zu schlafen und nach dem Erwachen ihre Erlebnisse der letzten 3 Jahre aufzuschreiben. Nach 1 Stunde erwacht, ist Pat. in III, wieder 10 Jahre alt, bittet den Baron Joan (Arzt) um Papier. Sie habe einen Befehl gehört, aufzuschreiben, wo sie die 3 letzten Jahre gewesen sei. Pat. schreibt: „ich habe nämlich eine Stimme vernommen, weit weg und unbekannt, aber sie klang so lieb, dass ich beantworte, was sie mich fragte. Wir sind jetzt nämlich in Russland. Ich bin jetzt 10 Jahre alt.

Vor 3 Jahren war ich zuerst mit Papa in Krakau. Wir waren 4 Wochen auf Gastrolle, dann sind wir zur Mama nach Wien zurück" u.s.w.

Nach einer Stunde geräth Pat. in I, weiss von allem Vorgefallenen nichts und meint, beständig geschlafen zu haben.

Am 12. 10. Abends Lethargusanfall, der nach 10 Minuten in III überführt. Pat. ist 10 Jahre alt, hält die Gasflamme für den Mond, glaubt sich in Wilna u.s.w. Nach $1^1/_2$ Stunden wieder in I.

Am 14. 10. tritt ein freistehender hysterisch deliranter Anfall auf, in welchem Pat. nur auf innere Vorgänge reagirt, z. B. gestikulirt, mit den Fingern schnalzt, die Aussenwelt überhaupt nicht wahrnimmt, auch nicht auf Nadelstiche Reaction zeigt. Dieser delirante Anfall hat die gleiche III provocirende Wirkung wie Lethargusanfälle, insofern Pat. nach 10 Minuten wieder 10 Jahre alt ist, sich in Wilna glaubt u.s.w.

Man macht den Versuch, durch Stirnstreichen Pat. in II überzuführen. Dies gelingt. Pat. ist sofort wieder 17 Jahre alt, kennt den Arzt, erinnert sich früherer II Erlebnisse.

Durch Befehl zu erwachen wird sie in I übergeführt.

In der Folge provociren mehrfach Lethargus- oder auch delirante Anfälle III, mit jeweiliger Rückversetzung ins 10. Jahr. Von nun an wird III gewöhnlich durch provocirten II in I übergeführt (s. o.).

Von Ende October an verwerthet Pat. in deliranten Phasen des Hysterieanfalls die Eindrücke, welche sie von einer Nachbarin, welche an Chorea leidet und von einer anderen, welche eine hysterische Flexionscontractur im r. Knie bietet, aufgenommen hat. Diese Bilder werden ganz treu copirt. Diese Imitationen bestehen nur im Anfall.

Einige Male vervollständigt sich der hysterische Insult durch epileptoide Phase, grands mouvements, sonst aber bleibt er abortiv, auf Lethargus oder Delirphase oder beide beschränkt.

Unter entsprechender Behandlung allmäliges Schwinden der hysterischen Insulte und der III Zustände. Im December 1893 wird Pat. ohne Krankheitssymptome auf ihren Wunsch entlassen.

Von grösstem Interesse erscheinen in vorstehender Krankheitsgeschichte die als III bezeichneten psychischen Ausnahmszustände der Pat. Sie erwiesen sich typisch gleich. Pat. erschien immer, dem wahnhaften Alter entsprechend, kindisch, spielte z. B. mit einem zufällig anwesenden Kinde ganz kindlich, mit lebhaftem Geberdenspiel und ganz in der betr. Situation aufgehend. Sie spielte mit einer Kerze, indem sie mit den Fingern durch die Flamme fuhr. Sie erschien muthwillig, bald ausgelassen heiter, bald weinerlich. Sie zupfte neckisch Personen, sang Kinderlieder, von denen sie in I nur eine dunkle Erinnerung hatte. Sie frug nach Gegenständen (Violine, Reitpferd), nach

Personen (Jean, Dienstmädchen), mit denen sie als 10jähriges Kind offenbar zu thun hatte.

Die Erinnerung und Association war, in der ihr erschlossenen Lebensphase und weiter rückwärts, prompt und, wie es scheint, gesteigert. Für alles Reale bestand in diesem Zustand aufgehobene Apperception, oder es wurde illusorisch in die wahnhafte Situation einbezogen. So hielt sie den Arzt für einen Baron Iwan, eine Wärterin für ein Frl. Clara, eine Freundin ihrer Mutter u. s. w.

Veranlasste man Pat. in diesem Zustand zu schreiben, z. B. an die Grossmutter in Wien, so schrieb sie jeweils in kindlicher Weise und der Situation entsprechend, z. B. am 15. 10. 1893: „Liebe Grossmama! Wir sind jetzt in Wilna. Es geht uns sehr gut. Ich bekomme jetzt immer sehr gute Bonbons von meinem Papa. Liebe Grossmama! ich sehne mich schon sehr nach dir. Ich schliesse mein Schreiben mit vielen Grüssen an dich und Grosspapa."

Die Schriftzüge sind jedoch nicht erheblich verschieden von denen des 17jährigen Mädchens.

Eine eigenthümliche Störung des Bewusstseins im Sinne eines Dämmer- oder Traumzustands ist während III nicht zu verkennen gewesen.

Dieser Zustand entwickelte sich oft ganz unmerklich im Anschluss an Anfälle oder aus II, sodass zunächst nur ein schläfriger Ausdruck des Gesichts darauf hinwies.

Sich selbst in III überlassen, schlief Pat. jeweils nach etwa einer Stunde ein und erwachte dann in I mit completer Amnesie.

Vollständig aus dem Bewusstsein ausgeschaltet waren alle Vorgänge des Lebens seit dem 10. Jahre, so z. B. die schwere Verbrennung, der Tod der Eltern im 12. Lebensjahre.

Umgekehrt kannte sie in III österreichisches Geld nicht oder hielt es für russisches.

Sie antwortete auf russische Ansprache in deutscher Sprache, während sie in I dieselben russischen Worte, weil vergessen, nicht verstand.

Frappant war jeweils die Aenderung des Bewusstseinsinhalts durch Ueberführung aus III in II mittelst Stirnstreichen.

Dadurch sofort in II gebracht, war sie aus 1886 nach 1893 versetzt, wusste Alles aus ihrer Vergangenheit, von ihrer Verbrennung, vom Tod der Eltern u. s. w.

Dieser III Zustand entbehrte aber auch nicht auffälliger körperlicher Zeichen. Zunächst klagte sie während dessen Dauer mehr oder weniger immer über Kopfweh, Schwindel, Schläfrigkeit und schwankte etwas

beim Gehen. In III war das Sehfeld immer bedeutender concentrisch eingeengt als in I. Regelmässig bestand allgemeine Anästhesie und Analgesie, vorübergehend Diathèse de contracture.

Ausgelöst wurden solche III Zustände durch irgendwie geartete Hysteria gravis-Anfälle oder durch Hervorrufung hypnotischer Zustände (II), falls letztere sich selbst überlassen blieben. Wurde ein beliebig entstandener II Zustand in I übergeführt, so blieb III aus. Jedenfalls kam es nie zu einer spontanen Entstehung von III aus I. Die Lösung des III Zustandes erfolgte spontan via Schlaf, oder, indem Pat. mittelst II in I übergeführt wurde, welcher Eingriff offenbar Pat. grossen Vortheil brachte.

Dass II und III ganz verschiedenartige Bewusstseinszustände darstellten, ergab sich u. A. daraus, dass Pat. in III wohl von anderen III Anfällen, aber nichts von II wusste.

In II erinnerte sie sich früherer II Situationen.

In I wusste Pat. weder von II noch III, noch auch von Anfällen.

Am 4. 2. 1894 wurde Pat. neuerdings in der Klinik aufgenommen. Bis zum 21. 1. war es ihr gut gegangen. Eine unglückliche Liebe, und die schlechte Wendung der Krankheit der geliebten Grossmutter, hatten vom 21. 1. ab wieder Anfälle von Hysteria gravis (epileptoide Phase, mit folgender période de délire) provocirt. Die Anfälle dauerten auch im Spital fort, aber zu III Zuständen kam es nicht. Da starb ihre Grossmutter. Deren Tod konnte Pat. nicht lange verheimlicht werden. Ich versetzte Pat. am 19. 2. in Hypnose, theilte ihr in solcher den Tod der Grossmutter mit, verbot ihr, sich darüber zu grämen und gebot ihr, bis auf weiteres beständig zu schlafen. Diese Suggestion erfüllte sich. In dem dadurch hergestellten Schlaf bestand kein Rapport mit mir, sodass ich ihn für Schlaf in I halten musste.

Am 25. 2. erwachte Pat. Sicherheitshalber liess ich sie noch einige Tage weiter schlafen. Sie erwachte dann heiter, fühlte sich gesund.

Am 27. 3. 1894 entlassen, kam sie anlässlich durch schwere Gemüthsbewegungen provocirter neuerlicher Hysteria gravis-Insulte am 6. 6. 1894 wieder. Unter gleicher Behandlung erlangte Pat. bald ihr psychisches Gleichgewicht wieder. Am 29. 7. 1894 genesen entlassen.

Neuerliche Aufnahme, über Wunsch der Pat., wegen seit 1895 wieder aufgetretener Hysteria gravis-Insulte am 16. 12. 1897.

Ihre Umgebung versichert, dass Ecmnesieanfälle nicht mehr vorgekommen seien. Pat. bietet Anfangs fast täglich einen Anfall von epileptoider Phase, mit Andeutung von grands mouvements. Allmälig werden die Anfälle selten. Pat. motivirt das Fortbestehen ihrer Krank-

heit damit, dass sie dadurch erwerbsunfähig sei und betrübt, ihren jüngeren Geschwistern ihre Lebenslage nicht erleichtern zu können. Dieses drückende Bewusstsein lasse sie nicht zu Gemüthsruhe gelangen.

Ausser sehr bedeutender l. und geringerer r. conc. Sehfeldeinschränkung, bei erhaltenem Farbensinn, liessen sich diesmal keine Stigmata hysteriae nachweisen. Gesprächsweise bemerkte Pat., die glücklichste Zeit ihres Lebens sei die Episode in Wilna in ihrem 11. Lebensjahr gewesen, und die Erinnerungen an diese Zeit seien ihr die liebsten und deutlichsten.

Während des diesmaligen Spitalaufenthalts bis zu Anfang März 1898 kam es niemals spontan zu Ecmnesieerscheinungen.

Zweimal wurden sie experimentell hervorgerufen, indem man sie in II als posthypnotische Leistung suggerirte. Alles wiederholte sich so, wie bei den früheren spontanen und provocirten Ecmnesien. Mit Leichtigkeit gelang jeweils die Ueberführung der Kranken aus diesem III Zustand in I durch entsprechende Suggestion, in neuerlich bewirktem II (Hypnose).

Die anlässlich der letzten Anwesenheit der Pat. in der Klinik neuerlich durchgeführte Anamnese stellte den psychischen Shok, durch den sie erkrankt war, in ein helles Licht, insofern auch eine weniger zart besaitete Persönlichkeit als Pat. dadurch mächtig erschüttert werden musste. Die Verbrennung war nämlich dadurch erfolgt, dass von der Decke der Bühne des Sommertheaters, an welchem Pat. gerade in Action war, eine grosse Petroleumlampe sich losgelöst hatte und auf sie gefallen war. In sinnlosem Schreck war Pat. brennend ins Freie geeilt, wo man sie fand und die Flamme erstickte. Auffallenderweise hatte Pat. aber davon keine Idiosynkrasie gegen Feuer und keine Furcht vor Feuersgefahr zurückbehalten. Es lag nahe, den Versuch zu machen, jene furchtbare Scene ecmnestisch nochmals durchmachen zu lassen und, gemäss der Methode von Breuer und Freud vorgehend, die Hoffnung zu hegen, Pat. von ihrem Leiden befreien zu können. Ueberdies schien Binet's (s. u.) Vermuthung plausibel, es möchten durch Rückversetzung eines Individuums in die Zeit der Entstehung seiner Krankheit, Heilsuggestionen leichter Erfolg haben. In tiefer Hypnose wurde der Pat. der suggestive Auftrag ertheilt, sie habe, wenn erwacht, jene Brandscene nochmals zu erleben. Sie schien diese Suggestion anzunehmen, bot aber, erwacht, ihren normalen psychischen Zustand (= I) und nicht einmal eine dunkle Erinnerungsspur eines ihr ertheilten unerfüllten Auftrags, jedenfalls ein Beweis weiter dafür, dass man in II nicht das willenlose Werkzeug in der Hand des Hypnotisirenden ist.

Der folgende Fall, ebenfalls in meiner Klinik beobachtet, scheint dafür zu sprechen, dass eine solche Ecmnesie eine frühere Lebensepisode auch in phantastisch umgestalteter Form darstellen kann (délire ecmnesique).

Beob. 3. U., 19 J., Commis, wurde am 23. 6. 1895 auf die psychiatrische Klinik gebracht. Aus einem Dienst am 22. 6. entlassen, war er in der Nacht zum 23., in den Strassen von Wien herumdämmernd, von der Polizei aufgegriffen worden. Er war verstört, traurig und klagte sich an, er sei am Tode seiner vor 5 Tagen verstorbenen Schwester schuld. Pat. griff sich oft nach dem Kopf, äusserte Klagen über dumpfen Kopfschmerz und kam in der Klinik ängstlich und desorientirt an. Er blieb gehemmt, bot erschwerte geistige Leistung, behauptete, seit einigen Wochen mit Mutter und Schwester in Wien zu wohnen. Er habe die 3jährige Schwester vom Tische fallen lassen und dadurch sei sie gestorben. Von den wirklichen Erlebnissen aus der letzten Zeit wusste er bis zum 24. 6. nichts, dann dämmerten bezügliche Erinnerungen auf und am 29. 6. löste sich plötzlich dieser delirante Dämmerzustand. Man erfuhr nun, dass U. vor 2 Monaten aus Süddeutschland nach Wien gekommen war, eine Stellung als Buchhalter in einem Hotel gefunden, in dieser viel Aerger durch brüske Behandlung seiner Dienstherrin und Ueberanstrengung erfahren hatte.

Am 22. 6. war er von seiner Dienstgeberin brutal behandelt und Knall und Fall entlassen worden, worüber er sich sehr kränkte. Für den folgenden psychischen Ausnahmszustand hat Pat. Amnesie.

Die Affaire mit seiner Schwester ereignete sich vor 9 Jahren in Süddeutschland. Das 3jährige Kind, das Pat. zu beaufsichtigen hatte, war damals vom Tische herabgefallen und möglicherweise in Folge dieses Sturzes gestorben. Pat. angeblich erblich nicht belastet, hat rachitischen, blasigen Schädel von 54 Cf., als Kind an Convulsionen gelitten, seit dem 8. Jahr viel an Cephalaea. Er ist klein, schwächlich, ohne Degenerationszeichen, ohne Stigmata der Neurasthenie oder der Hysterie. Vor 4 Jahren, nach Uebermüdung und 8tägiger Schlafentziehung anlässlich Prüfungsstudium, hat Pat. einen mehrtägigen psychischen Erschöpfungszustand, mit Amnesie gehabt.

Am 3. 7. 1895 genesen entlassen, erschien U. am 7. 7. auf der Polizei mit der Selbstanzeige, er habe soeben seine Dienstgeberin mit dem Revolver angeschossen. Sofortige Recherchen ergaben die Unwahrheit jener, im Sinne einer traumhaft deliriös unrichtigen Reproduction eines am 22. 6. thatsächlich vorgekommenen Streites mit der

Principalin. Pat. auf die Klinik neuerlich gebracht, erkennt nicht den früheren Aufenthalt, lebt ganz im Wahn, seine frühere Dienstgeberin verletzt zu haben, giebt aber traumhaft unklare, beständig variirende Darstellung des angeblichen Sachverhalts, ist verstört, ruhebedürftig, klagt heftigen Kopfdruck, schläft viel, ist affectlos, unbesorgt um seine Zukunft. Er glaubt sich am 23. 6., behauptet steif und fest, gestern die Scene mit der Principalin gehabt zu haben, hat von Allem seither Vorgefallenen nicht die mindeste Erinnerung, auch nicht von seinem ersten Aufenthalte hier, während er sich hinter dem 23. 6. rückwärts liegender Ereignisse erinnert.

Am 11. 7. schwindet plötzlich dieser psychische Ausnahmszustand, von dessen Erlebnissen nur eine dunkle Erinnerungsspur zurückbleibt. Pat. theilt mit, dass durch Kränkung über erfolgloses Suchen einer Stellung nach der Entlassung aus dem Spital, die neue Erkrankung wohl verursacht worden sei, und dass die unfreundliche Behandlung anlässlich eines Besuches des früheren Dienstortes am 6. 7., den Inhalt des Deliriums wohl bestimmt habe.

Einer neuerlichen Entlassung des Pat. steht der Umstand im Wege, dass er vom 18. 7. ab Anfälle von Hysteria gravis bietet, als deren spasmogene Zonen sich Dornfortsätze der mittleren Brustwirbelgegend und eine, der Ovarie beim Weib entsprechende, Stelle am l. Abdomen ergaben. Pat. klagt intervallär über Clavus, Globus, bietet gelegentlich Weinkrampf, wird immer emotiver. Obwohl täglich bis 2 Anfälle von Hysteria gravis (epileptoide Phase, grands mouvements, zuweilen auch abortive delirante Phase, mit expansivem Inhalt) beobachtet werden, kommt es doch nicht zu Wiederholungen des psychischen Ausnahmszustandes (mit Selbstanklagedelir und Amnesie für einen bestimmten Lebensabschnitt). Erst am 12. 1. 1896 tritt dies ein und zwar $1^1/_2$ Stunden vor einem neuen Insult.

Am 12. 1. Abends gegen 6 Uhr ruft der im Bett liegende Pat. den zufällig das Krankenzimmer passirenden Assistenten an und deponirt vor ihm, offenbar als einer vermeintlichen Amtsperson, genau so wie am 7. 7. auf der Polizei. Er glaubt sich am 23. Juni, schildert detaillirt die Umstände seiner wahnhaften That, erkennt, dass er in einem Krankenhause ist, weiss aber nicht wo, und bei wem, und erwartet seine Abführung ins Gefängniss. Während er sich aller Details seiner Vita ante acta rückwärts vom 23. Juni gut erinnert — das Erlebniss mit der Schwester wird zeitlich richtig localisirt, — fehlt jegliche Erinnerung für die Erlebnisse seit dem 23. Juni. Er kennt weder Aerzte noch Mitpatienten und Wärter hier, erkennt nicht Bücher noch Briefe, die er seither erhalten, als ihm gehörig an,

auch nicht ein Antwortschreiben, das er am 11. 1. dem Arzt zur Expedition übergeben hatte und behauptet, das sei gar nicht seine Schrift. Er ist, im Gegensatz zu seinem sonstigen liebenswürdigen Benehmen, barsch, gereizt, klagt Kopfweh und nimmt wenig Notiz von der Aussenwelt. Um $7^1/_2$ Abends Anfall von Hysteria gravis, der an der Situation nichts ändert. Am 13. früh $8^1/_2$ kommt Pat. mit Amnesie für diesen Ausnahmszustand zu sich.

Am 14. 1. fällt Pat. wieder anf durch verstörte Miene. Er ist anscheinend lucid, aber man überzeugt sich, dass er wieder seinen Anfall hat, d. h. er ist am 23. Juni, seit 5 Wochen in Wien, noch nie früher hier gewesen, kennt nicht die Umgebung. Nachmittags plötzlich wieder lucid, mit Amnesie für diese ganze Episode.

Von da an bis zum 22. 2. 1896, wo Pat. nach einer heimathlichen Anstalt verschickt wird, nun mehr gewöhnliche Anfälle von Hysteria gravis.

Die vorausgehenden Thatsachen der Ecmnesie rufen die Erinnerung an von mir angestellte wissenschaftliche Experimente der suggestiven Rückversetzung in frühere Lebenszeiten hervor, die ich 1893 in einer kleinen Broschüre („Hypnotische Experimente“) veröffentlicht habe.

Es handelte sich um eine 33 Jahre alte, gesunde, anamnestisch und im Stat. praes. ohne hysterische Stigmata dastehende, seit 1883 sehr häufig von einem Laien ohne Schaden für ihre Gesundheit hypnotisirte Dame, die jeweils durch Stirnstreichen aus dem physiologischen Zustand (= I) in Hypnose in Gestalt von tiefem Somnambulismus (II) versetzt werden konnte. Suggerirte man ihr in II, man werde sie, in I zurückversetzt, in etwas verwandeln, was sie sein müsse, so gelang es allmälig, nachdem sie in I zurückversetzt war, durch einfache Wachsuggestion den posthypnotischen Auftrag zu erzwingen, mit dessen Erfüllung sofort ein eigenartiger neuer Bewusstseinszustand (= III) eintrat, der bis zur Erfüllung des suggestiven Auftrags anhielt.

Auffallend in diesem III Zustand war die Helligkeit des Bewusstseins und die schrankenlose Disposition über den geistigen Besitz.

Die bezüglichen Suggestionen bestanden in der imperativen Rückversetzung in frühere Lebenszeiten.

Der III Zustand fand seine Beendigung durch provocirte Fascination, die dann in II überging, oder durch herbeigeführte II mittelst Hypnose, aus welcher die Versuchsperson dann in I übergeführt wurde.

Sie wusste weder in I noch in II etwas von den Vorgängen in III.

Die suggestiven Reproductionen früherer Zeiten in III betrafen das 5., 6., 7., 15., 19. Lebensjahr.

Die Beurtheilung dieser Versuche war eine verschiedene. Herr Benedikt in Wien erklärte sie für „dummen Schwindel", einfach auf Grund der Mittheilungen eines Laien (Journalisten), der in jener Sitzung anwesend zu sein für gut gefunden hatte. Die in der Sitzung vom 13. 6., und die in einer späteren vom 30. 6., die 4 Stunden dauerte, anwesend gewesenen Fachmänner waren zwar überzeugt von der Echtheit der hypnotischen Experimente, aber getheilter Meinung hinsichtlich der entscheidenden Frage, ob es sich bei den durch hypnotische Suggestion geschaffenen Zuständen um werthlose blosse Typen kindlicher und jugendlicher Persönlichkeit, oder um wirkliche Wiederhervorrufung (individueller) früherer Ichpersönlichkeiten handelte. Die Mehrzahl, darunter auch auswärtige competente Gelehrte, wie z. B. Jolly-Berlin, entschied sich für die erstere Alternative. Ich musste auf Grund der in meiner Broschüre niedergelegten psychologischen Thatsachen und Beweise mich zur letzteren bekennen und auf ganz analoge Beobachtungen und Experimente von Hebold (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 49, p. 86), Moll (Der Hypnotismus, 2. Aufl., p. 103), Bernheim (Die Suggestion, übers. v. Freud, 1. Hälfte, p. 61), Forel (Der Hypnotismus 1889, p. 27), die ebenfalls nicht anders gedeutet worden waren, verweisen. Nicht minder berechtigten mich zu dieser Annahme frühere in meiner „Experim. Studie auf d. Gebiet des Hypnotismus", 3. Aufl., p. 26, 30, 66 niedergelegte Erfahrungen. Mit meinen Anschauungen stark in der Minorität mich zu befinden, konnte mich nicht besorgt machen, denn, wenn sie richtig waren, mussten sie früher oder später Bestätigung finden. Mathematische Beweise lassen sich auf psychologischem Gebiet freilich nicht erbringen. Für einen nüchternen Beobachter muss die Analogie, ja stellenweise Identität der 1893 von mir angestellten Experimente mit den Naturexperimenten, die ich bei den obigen Fällen in meiner Klinik zu beobachten hatte, sowie mit den in Bordeaux 1886 schon gemachten Erfahrungen, im Sinne eines „délire ecmnesique" sich ohne weiteres ergeben. Mag diese Rückversetzung in frühere Lebensepisoden eine spontane oder provocirte, eine freistehende oder durch einen Hysteria gravis-Insult geschaffene Situation sein, so repräsentirt sie jeweils einen psychischen Ausnahmszustand, in welchem die Persönlichkeit auf die Stufe des Unterbewusstseins gestellt erscheint, in einer Art Somnambulismus sich befindet, der aber volle Freiheit der Ideenassociation im Rahmen des erschlossenen Lebensabschnitts gestattet.

Wunderbar für Den, welcher ohne Voreingenommenheit solche

Zustände von Reactivirtsein längst vergangener Lebensabschnitte beobachtet, ist die Gedächtnissleistung solcher Individuen.

Man möchte an einen Zustand von Hypermnesie glauben, zumal da im physiologischen I Zustand derlei Details absolut unerinnerbar sind.

Entscheidend für die Erklärung des scheinbaren Wunders ist die Thatsache, dass das in frühere Lebenszeiten spontan oder künstlich zurückversetzte Individuum in einem Ausnahmszustand III sich befindet, in welchem eine Modification seines Bewusstseins eingetreten ist, ein Unterbewusstsein, in welchem Gedächtnissbilder, die dem Oberbewusstsein nie mehr erreichbar sind, eventuell leicht zugänglich und reproducirbar werden. Wunderbar bleibt immerhin, dass eventuell eine Auto- oder eine Fremdsuggestion, oder auch nur eine Associationsspur, die, bei spontan oder künstlich geschaffenem III Zustand, ins Unterbewusstsein hinabreicht, ganze Reihen von Erinnerungen zu wecken vermag.

Während dies von den zünftigen Psychologen und Medicinern noch vielfach bezweifelt wird, haben der Scharfblick und die Intuition des Dichters diese Möglichkeit längst vorausgesehen.

Es seien hier bloss zwei bezügliche Aussprüche citirt:

H. C. Andersen, gesammelte Werke, Leipzig 1847, I. Theil, p. 63 und 64:

„Ich glaube, dass die Seele nichts vergisst; Alles kann wieder erweckt werden, so lebendig als in der Minute, da es geschah."

Lessing, Nathan der Weise, II. Akt, 7. Auftritt:

„Wie solche tiefgeprägte Bilder doch zu Zeiten in uns schlafen können, bis ein Wort, ein Laut sie weckt."

Vielleicht geht es hier wie in der Psychiatrie, wo Typen von Irresein, wie z. B. die Folie du doute (von Jean Paul), der Querulantenirrsinn u. A. längst Vorwurf dichterischer Darstellung und Bearbeitung waren, bevor die Wissenschaft sich ihrem Studium widmete.

Dass im Traum und in Fieberdelirien Thatsachen und Situationen des früheren Lebens reproducirt resp. durchgemacht wurden, von denen man im normalen Dasein nichts mehr gewusst hatte, sind geläufige Thatsachen der Erfahrung. Es giebt eben Kreise des Ober- und Unterbewusstseins, die sich nie schneiden. Damit begreift sich die Amnesie für diese Ausnahmszustände (= III) in I.

Die nie fehlende Amnesie ist aber ein bedeutungsvoller Hinweis darauf, dass der Betreffende im Unterbewusstsein vergangene Lebensabschnitte erweckt bekommt. Dass der III. Zustand aber nicht eine

bloss psychische, sondern auch physische Veränderung darstellt, scheint mir aus Beobachtungen (s. o.) von Fällen hervorzugehen, wo Hemianästhesie, hysterogene Punkte u. s. w. fehlen oder vorhanden sind, je nachdem Lebensalter reproducirt werden, in welchen die ursächliche Neurose noch nicht vorhanden war oder es schon war.

Diese Ecmnesie scheint eine seltene Form der bei Hysterie vorkommenden periodisch amnestischen Zustände zu sein. Wahrscheinlich kommt sie nur bei dieser Neuropsychose vor. Ihre Dauer dürfte sich auf Stunden bis Tage erstrecken.

Spontan erscheint sie im Zusammenhang mit Hysteria gravis-Insulten, sowie äquivalenten hypnoiden, autohypnotischen oder auch provocirten hypnotischen u. dgl. Zuständen, die in unbekannter Weise diesen ecmnestischen Zustand hinterlassen.

Experimentell lässt sie sich durch Erweckung von Associationen von Erinnerungsbildern bezw. durch suggestiven Einfluss in beginnender Hypnose (Zustand erhöhter Suggestibilität und des erschlossenen Unterbewusstseins), durch in Hypnose gegebene posthypnotische Suggestion oder auch durch Reizung bestimmter Stellen der Körperoberfläche hervorrufen.

Die Erklärung für die spontan auftretende Ecmnesie lässt sich wohl dahin geben, dass in den Schlaf- oder sonstigen Hysteria gravis-Anfällen mit Delir, ähnlich wie zuweilen im Traum, das Individuum eine frühere Lebensphase durchträumt. Es bedarf nur des Uebergreifens von Associationen in den sich anschliessenden weiteren (III) Ausnahmszustand, in welchem die Association erleichtert sein mag, jedenfalls erhöhte Autosuggestibilität besteht, um via Autosuggestion eine frühere Lebensphase zu reactiviren. In I gelingen weder spontane noch suggestive Erschliessungen latent gewordener Bewusstseinsinhalte. Dass, wie im Fall 2, solche historische Episoden identisch wiederkehren, mag darin begründet sein, dass sie besonders bedeutungsvollen Inhalt hatten.

Dass bei Reizung sog. ideogener Zonen bestimmte Erinnerungsbilder typisch wiederkehren, erklärt sich wohl daraus, dass diese Körpergegenden bei der ursprünglichen Situation eine Rolle spielten, so in Fall 1 z. B. der Mons veneris. Der Erfolg der Reizung der Halsgegend im gleichen Fall liesse sich dahin deuten, dass Pat., als sie in Wuth über eine Nachbarin ursprünglich gerieth, das Gefühl einer Constriction (Globus) daselbst gehabt hatte. Jedenfalls lehren diese Erfahrungen die Bedeutung von örtlichen Sensationen für die associative Knüpfung von bestimmten Vorstellungen.

Die Thatsache der Ecmnesie lässt sich wohl damit erklären, dass

in dem psychischen Ausnahmszustand, in welchem sie beobachtet wird, die associative Thätigkeit aus der in die Helligkeit des Traumbewusstseins eingestellten Lebensepisode schrankenlos retrograd möglich ist, während Associationen in die jenseits liegende Lebenszeit nicht zu Stande kommen können, diese deshalb verdunkelt, ecmnestisch bleibt.

Eine blosse Objectivation des types scheint bei den spontan und unbewusst zu Stande gekommenen ecmnestischen Zuständen ausgeschlossen. Es ist doch nicht denkbar, dass in diesem höchst eingeengten und verdunkelten Ichbewusstsein die Creirung einer Rolle versucht wird. Auch bei experimentell erzeugtem Zustand scheint mir die Identität der Erscheinungen, die Classicität der Leistung, das begleitende Moment von körperlichen Störungen (Anästhesien u. s. w.) dagegen zu sprechen.

Zur Beseitigung solcher Zustände scheinen Erfahrungen in Fall 1 und 2 Fingerzeige zu geben, insofern in 1. Reizung auch bei sonstigen hysterischen Insulten individuell wirksamer zones frénatrices, in 2. die Ueberführung aus dem ecmnestischen Zustand in den intervallären via Hypnose sich bewährt haben.

Nachträge zur Ecmnesie.

Die Lehre von der Ecmnesie, welche in Ländern deutscher Zunge, vielfach noch in wissenschaftlichen Kreisen auf Zweifel stösst und gelegentlich als „dummer Schwindel“ abgefertigt wird, hat in Frankreich schon längst die ihr gebührende Beachtung gefunden, so u. A. Seitens Binet's („Altérations de la personnalité“ Paris 1892), der auf S. 242 seines Werkes nicht ansteht, diese auf Pitres Klinik zuerst studirten und als Ecmnesie bezeichneten Thatsachen für wissenschaftlich und vielleicht auch praktisch bedeutsam zu erklären. Er erhofft von diesen „Suggestions rétrospectives“ Hülfe für die Diagnose, indem es dadurch gelingen mag, Ursprung und Entstehungsweise von hysterischen Symptomen zu ermitteln, ferner spricht er die Möglichkeit aus, dass mit der Rückversetzung eines Individuums in die Zeit der Entstehung seiner Krankheit Heilsuggestionen leichter Erfolg haben mögen. Jedenfalls liefern ihm die Thatsachen der Ecmnesie den Beweis, dass eine Fülle von Erinnerungsbildern in uns latent fortbestehen, die im bewussten Dasein und willkürlich nicht erweckbar sind.

„Das Gesetz der Ideenassociation kann für die Erklärung der Ecmnesie ebensowenig herangezogen werden, als es der Entwickelungsprocess unseres geistigen Lebens zu erklären vermag. In letzterer Hinsicht bedarf es vielmehr tieferer Einflüsse aus dem unbewussten

Geistesleben, welchem wir die Synthese zeitlich und inhaltlich verschiedener psychischer Elemente verdanken." Soweit Binet.

Sein Hinweis auf die Bedeutung des unbewussten Geisteslebens für die psychische Existenz überhaupt, findet eine Bestätigung gerade durch die Thatsachen der Ecmnesie, insofern im bewussten (normalen) Zustand keine bezügliche Ideenassociation hervorgerufen werden kann. Es ist dies nur möglich in einem psychischen Ausnahmszustand, wie ihn ein hysterischer Insult oder eine Hypnose u. dgl. schaffen kann. Dann erst gelangt die bezügliche Ideenassociation zur Geltung.

Mit dieser Erfahrung contrastirt scheinbar eine Beobachtung von Janet. Sie betraf ein 23 Jahre altes Fräulein, das man nur mit seinem Kosenamen „Margot" anzusprechen brauchte, um sie sofort in das 8. Lebensjahr, bis zu welchem man sie so genannt hatte, zurückzuversetzen. Offenbar bewirkte dieses Wort bei dem überaus suggestiblen Fräulein sofort einen Zustand der Autohypnose, mit dessen Eintritt die Association wirksam wurde.

Ein interessanter Versuch zur Erklärung des ecmnestischen Zustandes findet sich in dem kürzlich erschienenen Buche Sollier's (Genèse et nature de l'hystérie, Paris 1897). Sollier erklärt die ausgebildete Hysterie damit, dass er eine Anästhesie (je nachdem Haut, Sinnesorgane, Organempfindung) annimmt. Die meisten Hysterischen befänden sich dauernd in einem psychischen Ausnahmszustand, abhängig von einer Anästhesie des Gehirns (speciell des Vorderhirns, der psychischen Centren), den er als vigil-ambulisme bezeichnet. Vermöge dieses schlafwachen Zustands fehle auch der Schlaf bei Hysterischen und sei es so schwer sie zum Schlafen zu bringen.

Die Ecmnesie sei nichts Anderes als die Erweckung der Sensibilität des Vorderhirns, was durch Suggestion oder auch durch einen hysterischen Insult geschehen könne. Der Kranke gerathe dadurch in eine Modification seines schlafwachen Zustandes, also einen eigens modificirten psychischen Ausnahmszustand, der, je nachdem, als Verwirrung oder als Regression der Persönlichkeit in eine frühere Lebenszeit klinisch sich darstelle. Sollier behauptet (p. 332), dass bei suggestiver Hervorrufung der Ecmnesie die Regression nicht in eine beliebige frühere Lebensperiode möglich sei, sondern nur in die Zeit, in welcher die Betreffende schon hysterisch krank war, oder in eine Zeit kurz vorher, was aber mit vielen der früheren Erfahrungen nicht übereinstimmt. Er findet, dass überhaupt eine hysterisch Kranke, wenn sie aus ihrem Vigilambulisme durch irgend einen erweckenden Vorgang zum vollen Bewusstsein komme, sich regelmässig in dem Alter vorfinde, in welchem ihre Krankheit zum Ausbruch kam. Demnach

wäre Ecmnesie etwas ganz Gewöhnliches, was auch Verf. an der Hand zahlreicher eigener Beobachtungen zu erweisen sucht.

Die ganze Theorie Sollier's, und damit auch seine Erklärung der Ecmnesie, bedarf jedenfalls sorgfältiger Nachprüfung.

Eine weitere interessante Frage geht dahin, ob während des ecmnestischen Zustandes wirklich die betreffende Lebensepisode nochmals durchlebt wird, oder ob, wie Binet annimmt, es sich nur um das allgemeine Erinnerungsbild, „das abgeschwächte Echo jenes Zeitraumes" handelt.

Auch diese Frage lässt sich nicht ohne Weiteres beantworten. Würde es sich doch nur um Intensitätsunterschiede handeln! Für viele Fälle mag Binet Recht haben. A priori ist aber nicht abzusehen, warum nicht Lebensepisoden so deutlich in dem unbewussten Gedächtniss eingegraben sein können, dass sie sich ecmnestisch einfach reproduciren. Dies muss jedenfalls für Fälle angenommen werden, wo Miene, Stimme, Handschrift, Gebahren u.s.w. dem Lebensabschnitt entsprechend sich modificirt zeigen.

Solche Vermuthungen sind berechtigt gegenüber folgender Beobachtung, die ich Bourru und Burot entlehne.

Beob. 4. Jeanne R., 24 J., sehr anämisch, nervös, hat Weinkrämpfe, häufige „Ohnmacht"anfälle und ist leicht hypnotisirbar.

Man suggerirt ihr in der Hypnose, aus ihrem Schlaf 6 Jahre alt zu erwachen. Sie erwacht im elterlichen Hause. Es ist Abend, man schält Kastanien. Sie möchte schlafen gehen, ruft ihren Bruder André, dass er ihre Arbeit fortsetze, aber dieser ist dazu nicht gewillt und amüsirt sich damit, aus Kastanien Häuschen zu bauen. Die R. beklagt sich über den Faulenzer, der sie nöthige, den Stoff aufzuarbeiten. Sie kann nicht das ABC, spricht nur das Patois von Limousin, kennt kein Wort Französisch. Ihr Schwesterchen Luise will nicht schlafen. „Ich muss immer meine 9monatliche Schwester wiegen". Die R. hat Haltung und Gesten eines Kindes. Man legt ihr die Hand auf die Stirne und suggerirt ihr, sie werde in 2 Minuten 10 Jahre alt sein. Nun ändern sich entsprechend Haltung und Miene. Sie ist auf einem Schloss, nächst welchem sie damals wohnte. Sie sieht Bilder und bewundert sie, fragt nach ihren Schwestern, die sie begleitet haben. Sie spricht wie ein Kind, das reden lernt, erzählt, dass sie erst seit 2 Jahren zur Schule gehe, aber sehr unterbrochen, weil die Mutter oft krank sei und sie dann die Grossmutter hüten müsse. Sie schreibt seit 6 Monaten, leistet eine Schriftprobe, die sie vor einigen Tagen in der Schule machte. Thatsächlich hat sie dieselbe mit 10 Jahren zu machen gehabt. Man versetzt sie ins Alter von 15 Jahren. Sie ist im Dienst bei einer Dame B. Sie plaudert „morgen gibt es eine Hochzeit, da gehen wir hin. B. C., der Schmied, heirathet. Léon wird mich führen, das wird lustig. Ich soll aber nicht auf den Ball, Frl. B. leidet es nicht. Ich gehe aber doch auf ein Viertelstündchen; sie wird es nicht erfahren."

Die R. liest und schreibt ordentlich, u. A. den „Petit Savoyard“. Sie schreibt ganz anders als mit 10 Jahren. Erstaunt betrachtet sie später den „Petit Savoyard“. Sie erkennt an, dass sie das geschrieben, aber sie wundert sich, da sie dies Gedicht nicht mehr auswendig weiss. Die Schriftprobe mit „zehn Jahren“ erkennt sie nicht als ihre Schrift an.

Die Ecmnesie, als ein eigenartiger Zustand von periodischer Amnesie bei Hysterischen, dürfte in den meisten Fällen nur eine ganz transitorische Störung sein. Zuweilen kommt es aber auch zu protrahirten Anfällen. Dann entstehen Uebergänge zur „double vie“, insofern die Bewusstseinskreise zweier Bewusstseinszustände niemals sich schneiden und jeder derselben sein eigenes Gedächtniss und eigenen Inhalt hat. Einen solchen Uebergangsfall stellt nach meiner Ansicht der berühmte des Louis V. dar, den Bourru und Burot zum Gegenstand eingehender Studien und Experimente gemacht haben. Man kann ihn als Fall von double conscience mit Ecmnesie bezeichnen.

VIII.

UEBER RETROGRADE ALLGEMEINE AMNESIE.

Ueber retrograde allgemeine Amnesie.

Zu den werthvollsten Bereicherungen psychiatrischen Wissens zählen wohl die Forschungen, welche hinsichtlich der Störungen des Gedächtnisses, ganz besonders im Rahmen der hysterischen Neurose, von Azam, Ribot, neuerdings von Janet u. A. angestellt worden sind.

Ein helles und aufklärendes Licht fällt damit auf gewisse Thatsachen des hysterischen „Charakters", indem anscheinend freches Leugnen von Begebnissen oder entstellte Darstellung solcher, vermeintliche Erlebnisse bis zur „pathologischen Lüge" und der Confabulation, damit Unverlässlichkeit bis zum falschen Zeugniss vor Gericht, Verkehrtheiten der Handlungsweise, in Störungen der Gedächtnissthätigkeit ihre Begründung finden.

Unter den von Janet u. A. aufgestellten Categorien gestörter Gedächtnissleistung ist eine der interessantesten die allgemeine Amnesie. Sie kann einen zeitlich scharf umschriebenen Lebensabschnitt umfassen (localisirte Amnesie) und äussert sich dann nur in der Unfähigkeit, die Erlebnisse aus jenem Zeitabschnitt zu reproduciren, oder sie ist eine totale retrograde destructive, insofern sie alle Lebenserfahrungen der Persönlichkeit in sich begreift und das Individuum geradezu auf die Stufe des neugeborenen Kindes zurückversetzt. Dort handelte es sich im Sinne Ribot's nur um einen temporären Ausfall des psychologischen (G. der Erlebnisse), hier zugleich um einen Mangel des organischen (G. der Fertigkeiten) Gedächtnisses, mit allen seinen Erinnerungsspuren und Gedächtnissbildern früheren Könnens und Leistens. Innerhalb des Zeitabschnittes der localisirten Amnesie fehlt blos die Fähigkeit, Erlebnisse dieses Zeitraums zu reproduciren, bei der totalen retrograden Amnesie dagegen die ganze frühere Leistung, und damit das Bewusstsein einer Persönlichkeit überhaupt.

Die zeitlich begrenzte Amnesie erscheint viel häufiger in der Erfahrung, als die totale.

Am frühesten hat man jene nach Commotio cerebri (vgl. Rouillard, essai sur les amnésies, Paris 1885) aufgefunden. Jul. v. Wagner hat sie nach Erhängungsversuchen constatirt (Jahrb. für Psychiatrie VIII. u. a. O.) und auf die Störungen der Circulation und der Ernährung des Gehirns durch das Erhängen zurückgeführt, während Möbius (Neurolog. Beiträge Heft 1), in einer Polemik gegen Wagner, nachzuweisen versuchte, dass die Ursache dieser Amnesie die dem Erhängen vorausgehende Gemüthserschütterung und eine dadurch vermittelte traumatische Hysterie sei, eine Annahme, die aber nur für einen Theil der von Wagner hervorgezogenen Casuistik sich festhalten lässt.

Noch recht wenig geklärt ist die zuweilen nach Intoxicationen besonders alkoholischen (Strümpell) gefundene localisirte retrograde Amnesie.

Auch nach Apoplexia cerebri will man diese Form der Amnesie beobachtet haben. Die bezüglichen Krankengeschichten (vgl. z. B. Winslow, obscure diseases of the Brain p. 268 u. ff.) sind so aphoristisch und unklar, dass sie nicht beweisend sind und zuweilen geradezu die Vermuthung erwecken, es könnte sich um Hysteria gravis in Gestalt eines apoplectischen Insults (vgl. diese „Arbeiten“ Heft II p. 30—44) gehandelt haben.

Sichergestellt durch eingehende Beobachtungen von Strümpell (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde VIII) und von Alzheimer (Zeitschrift f. Psychiatrie LIII) ist das Vorkommen temporär rückschreitender Amnesie bei Epileptischen, besonders nach gehäuften Anfällen der Krankheit.

Bemerkenswerth ist, dass in diesen Fällen die von Tagen bis zu $1^1/_2$ Jahren dauernde Amnesie in einigen Fällen plötzlich schwand, und nur in Strümpell's Falle persistirte.

Auch bei Hysterie hat man diese Form der Amnesie beobachtet. Typische Fälle sind z. B. folgende:

Janet: Dame. Nach hysterischem Insult Amnesie für einen dreijährigen Aufenthalt in England, zugleich mit Verlust der Kenntniss der englischen Sprache.

Charcot (revue de méd. 1892, XII) Dame. Nach Hysteria gravis-Anfall von 3tägiger Dauer, Verlust der Erinnerung für alle Erlebnisse der Zeit von 6 Wochen vor dem Insult.

Toulouse, Archiv. de Neurolog. XXVIII, 1894. Nach heftigem psychischen Shok (Feuersbrunst) Amnesie fast für die ganze frühere

Existenz, bei intactem organischem Gedächtniss (ungestörte Sprache Schrift, Bewegungsleistungen).

Viel seltener erscheinen in der Literatur Fälle von totaler destructiver Amnesie. Auffallender Weise erscheinen sie nur bei Hysteria gravis, im Anschluss an heftigen psychischen Shok oder an Anfälle dieser Krankheit, sodass die Vermuthung berechtigt erscheint, diese Form der Amnesie sei eine der Hysterie eigenartige. Die von mir in der Literatur aufgefundenen Fälle sind folgende:

1. Weir Mitchell „Mary Reynolds, a case of double consciousness" Philadelphia 1889.
   Mädchen von 18 Jahren. Seit einigen Wochen Zustände von Hysteria gravis. Nach einem Lethargusanfall von 20 Stunden kommt Pat. zu sich, in einem Zustand wie ein „neugeborenes Kind", aber mit den Fähigkeiten eines Erwachsenen. Es besteht blos Echosprache. Allmälig Wiedererlangung des früheren geistigen Besitzes.

2. Mac Nish, philosophy of sleep 1838 p. 215.
   Dame in Amerika. Nach Schlafanfall allgemeine destructive Amnesie. Pat. wusste gar nichts von den Kenntnissen, Fertigkeiten, überhaupt Erlebnissen ihrer bisherigen Existenz, sodass man sie von Neuem erziehen musste. Eines Tages neuer Schlafanfall, nach welchem sie wieder in ihrem früheren vollen geistigen Besitz war. Sie wusste nichts von dieser Episode allgemeiner Amnesie.

3. Ribot, Krankheiten des Gedächtnisses p. 51.
   Lehrerin, 26 J., bietet nach einem Hysteria gravis-Insult allgemeine Amnesie (Verlust aller Kenntnisse). Wiedererlangung des geistigen Besitzes nach einigen Wochen.

4. Sharpey bei Ribot p. 52.
   Zarte Dame. Nach 2monatlichem (hysterischem) Schlafzustand Amnesie für fast Alles früher Erlebte und Erlernte. Allmäliges Wiedererwerben desselben binnen 3 Monaten.

5. Ribot ebenda p. 55.
   Eine junge Frau fällt ins Wasser. Herausgezogen, ist sie durch 6 Stunden bewusstlos, dann wieder bei sich. Zehn Tage später verfällt sie in einen 4 Stunden dauernden „Stupor". Darnach Verlust von Gehör, Sprache, Geschmack, Geruch, Bewegungsvorstellungen. Sie sieht und fühlt nur. Pat. erwirbt mühsam neuerlich geistigen Besitz.
   Eines Tags, infolge einer Gemüthsbewegung, Bewusstlosigkeit von einigen Stunden. Zu sich gekommen, ist sie im geistigen früheren Besitz, aber noch einige Zeit hindurch taub. Sie weiss nichts von den 12 Monaten ihrer Krankheit, die ihr wie ein langer Schlaf vorkommt.

6. Camuset, revue philosophique 1882.
   17jähriger Junge. Nach heftigem Hysteria gravis-Insult Verlust des Gedächtnisses für die ganze bisherige Existenz und für alle Kenntnisse.

Nach 1 Jahr dem früheren identischer Insult. Nun wieder die frühere Persönlichkeit, aber Amnesie für die Vorkommnisse des einjährigen Zustandes.

7. Azam, hypnotisme et double conscience p. 221.
Albert X., $12^1/_2$ J. Seit dem 5. Jahre Tussis hysterica. Nach heftigem hysterischen Insult mit $10^1/_2$ Jahren Verlust der Vita ante acta und allen Wissens. Er kann nicht mehr lesen, schreiben, rechnen, spricht unvollkommen, erkennt nur mehr Eltern und Pflegerin. Nach 20 Tagen wieder Stat. quo ante. Neuerliche solche Zustände nach hysterischen Insulten, mit mehr oder weniger vollkommener retroactiver Amnesie, bis zur Dauer von einigen Wochen.

8. Mortimer Granville, Brain, 1889, October.
Hysterische Frau von 26 Jahren, die nach „heftigem Fieber mit Bewusstseinsverlust" durch einige Wochen Amnesie für alles Erlebte und Erlernte hatte.

Die Fälle von totaler retrograder Amnesie bei Hysteria gravis haben mit den bei Epilepsie beobachteten das Gemeinsame, dass sie nach Anfällen der Krankheit zurückbleiben. Die Amnesie schwindet allmälig oder es geschieht dies plötzlich nach einem neuerlichen Hysteria gravis-Insult. Immer kommt es zu einer vollständigen Restitution des früheren geistigen Besitzes. Die Dauer der Amnesie beträgt Wochen bis Jahresfrist. In klassischen Fällen besteht geistig tabula rasa bis zum Verlust eines Persönlichkeitsbewusstseins. Es ist dann geradeso, wie wenn das ganze psychische Organ in einem Zustand des Schlafs verfallen wäre. Dies gilt aber nur für den vor dem Eintritt der Amnesie erworbenen Besitz. Die Erwerbung neuen Besitzes und seine associative Verwerthung und Bereicherung ist eine ziemlich gute. Jedenfalls bestehen bei dieser Form der Amnesie keine Complicationen mit anterograder (wie dies zuweilen bei der localisirten Amnesie vorkommt) oder gar mit der Dauerform der Amnesie. Da offenbar der frühere geistige Besitz blos gesperrt, nicht aber verloren ist, gelingt auf dem Wege der Association von neuerworbenen Vorstellungen aus, die Reactivirung auffallend schnell. Häufig ist überdies die destructive Amnesie keine universelle, so z. B. in Beob. 5, wo nur die Erinnerungsbilder einer Zahl von Rindenterritorien defect waren, bei erhaltenem Wahrnehmungsvermögen des Gesichts- und Gefühlssinns. Ich reihe an diese Erfahrungen folgende eigene Beobachtung, in welcher bei einer Hysterischen, nach Attaquen von Zorntobsucht, durch Tage lang Amnesie für die ganze frühere Leistung, bis zur Aufhebung des Persönlichkeitsbewusstseins vorhanden war, jedoch war das organische Gedächtniss insofern nicht mitbetroffen, als die Bewegungsanschauungen erhalten waren.

Beob. E. M., 19 J., ledig, in der Klinik aufgenommen am 23. 9. 1892, stammt von einem Vater, der Potator war. Eine Schwester derselben ist Idiotin, ein Bruder als kleines Kind an Convulsionen gestorben.

Pat. soll früher gesund gewesen sein, in der Schule gut gelernt haben. Sie galt aber als verlogen, moralisch defect und dem Trunke geneigt. Sie war faul und las mit Vorliebe Romane. Die ersten Menses waren mit 13 Jahren erschienen.

Im Januar 1892 war Pat. bei einer Familie untergebracht worden, um dort das Nähen zu erlernen. In diesem neuen Milieu fühlte sich Pat. sehr wohl. Sie fabulirte einen ganzen Roman zusammen, der an primordiale Verfolgungs- und Grössendelirien erinnerte und wohl als „pathologische Lüge“ einer Hysterischen bezeichnet werden kann.

Sie behauptete, ihre Mutter sei eine schlechte Person, die schon im Zuchthause gesessen sei und immer ein Giftfläschchen mit sich führe, um die Leute zu vergiften. Diese Lügen kamen der Mutter zu Ohren, die ihre Tochter im April deshalb zur Rede stellte und leicht züchtigte. Pat. erzählte in der Folge, die Mutter habe ihr den Arm dreimal gebrochen, sie müsse sich deshalb im Spital behandeln lassen. Sie ging plötzlich von Hause fort, kam jeweils mit der Angabe zurück, sie sei beim Prof. W. gewesen, der constatirt habe, dass sie durch ihre Mutter vergiftet sei. Ihre Lunge sei durch Gift verbrannt, ihr Gehirn schwimme im Wasser in Folge der Schläge, die sie von der Mutter erhalten habe. Der Professor ziehe ihr Gift und Wasser unter den Fingernägeln heraus und schreibe ihr vor, sie dürfe nur Braten essen und Rothwein trinken.

Schliesslich erklärte sie sich für das Kind eines Grafen Antonio, der Capuziner sei und seinem Vater auf dessen Todtenbett geschworen habe, er werde solange im Kloster bleiben und der Pat. keine Unterstützung gewähren, bis sie 20 Jahre alt sei. Dann (1893) werde er das Kloster verlassen, seine Tochter zu sich nehmen und Alle, die ihr gut waren, reichlich beschenken. Ihre Mutter, die nur ihre Ziehmutter sei, wolle sie vergiften, um zu verhindern, dass sie im Jahre 1893 das väterliche Erbe antrete. Prof. W. wisse von Allem, spreche mit ihr darüber und bedauere sie lebhaft. Die Quartierfrau der E. erhielt Briefe, unterzeichnet von einem Grafen Antonio, in welchem alle Angaben derselben bestätigt waren. Pat. wusste ihren Roman so plausibel zu machen, dass ein Theil ihrer Umgebung von der Wahrheit ihrer Angaben überzeugt war und ihre Quartiergeberin, in der Erwartung der von Antonio zu gewärtigenden Summen, ernstlich daran dachte, ihr Nähereigeschäft aufzugeben.

Eines Tages stellte sich aus Concepten, die man bei Pat. fand, heraus, dass sie selbst, mit gut verstellter Hand, jene Briefe geschrieben hatte. Nachforschungen ergaben ferner, dass Pat. den Prof. W. gar nicht kenne.

Am 22. 9. über ihre Lügen zur Rede gestellt, gerieth Pat. in einen Zustand von Zorntobsucht, in welchem sie, schreiend, um sich schlagend, beissend, sich die Kleider vom Leibe reissend, mühsam von 4 Männern gebändigt, zur Aufnahme auf der psychiatrischen Klinik gelangte.

Am Abend des 23. 9. wurde Pat. ruhig, schlief ein und erwachte am Morgen des 24. ganz verwirrt, unorientirt, mit Amnesie für die Erlebnisse des Anfalls. Für das ganze frühere Leben bestand fast völliger Defect der Erinnerung (so erkannte sie z. B. die sie besuchende Quartierfrau nicht). Sie war zugleich am ganzen Körper anästhetisch und analgetisch. Am 26. 9. waren die sensiblen Störungen geschwunden, die Erinnerung für alles Erlebte und Erlernte wieder da, bis auf die Erlebnisse im Anfall, die amnestisch blieben.

Pat. klein, gut genährt, Schädel im Stirntheil schmal, Cf. 51 cm, Zähne gerieft, Ohrmuscheln leicht verbildet. Cutane und tiefe Sensibilität ohne Defect. Intervallär Angstgefühle, sehr labiler Vasomotorius (oft heiss und roth im Gesicht), schmerzhafte Druckpunkte an Kopf und Gesicht, l. Cervicooccipitalneuralgie, grosse Emotivität und Reizbarkeit.

Am 6. 10. Abends, nach Gemüthsbewegung, neuer Anfall von Zorntobsucht, der einige Stunden dauert und mit Schlaf endigt. Am 7. 10. Morgens constatirt man nicht nur vollständige Anästhesie für alle Qualitäten incl. tiefe Sensibilität, sondern auch complete Amnesie, und zwar nicht blos für die Zeit des Anfalls, sondern auch für die ganze frühere Existenz. Aller Erinnerungsbilder ist Pat. verlustig. Sie erscheint seelenblind und seelentaub, appercipirt nicht Tasteindrücke, weiss nicht die einfachsten Hantirungen. Sie erkennt nicht Zündhölzchen und andere Dinge des Alltagslebens, die man ihr zeigt, kennt nicht die Bedeutung von Worten wie: „Eltern“, „Wien“, „Pferd“ u. s. w. Selbst der eigene Name ist ihr fremd. Während Destruction des Gedächtnisses für die ganze Vita ante acta besteht, findet sich treue Erinnerung für Alles nach dem Anfall Erlebte. So erkennt sie Personen, Uhr, Schlüssel und andere Gegenstände, die sie seither gesehen, sofort wieder, ohne jedoch deren Bedeutung zu erkennen. Associationen knüpfen sich zunächst nicht an solche Gegenstände, ebensowenig, wenn man Pat. die betr. Objecte benennt. Das Persönlichkeitsbewusstsein scheint sich auf das dunkle Bewusstsein einer Existenz überhaupt zu be-

schränken. Wenn man Pat. anruft, so reagirt sie nicht, obwohl sie hört.

Im Laufe des Tages tauchen einzelne Erinnerungsbilder auf. Pat. vermag nun auch zu lesen, jedoch versteht sie den Sinn des Gelesenen nicht. Die Analgesie schwindet.

Am 8. 10. ist die Sensibilität wieder hergestellt. Nun gelangt Pat. ziemlich rasch wieder in den vollen früheren geistigen Besitz. Bald gelingt es mehr auf optischem, bald auf acustischem Wege die Erinnerungsbilder wachzurufen. Meist tritt mit einem neuerweckten Erinnerungsbild eine ganze Reihe associirter Vorstellungen auf. Abstracte Begriffe werden am schwersten und spätesten zurückgewonnen.

Am 12. 10. ist Pat. im status quo ante. Aber auch l. Amblyopie, mit starker concentrischer Einschränkung des Sehfelds und Perception der Contrastfarben statt der wirklichen, sowie l. Anacusie bei Knochenleitung, die während der Dauer des Anfalls sich beobachten liessen, sind geschwunden.

Am 7. 11. nach Emotion, genuiner Anfall von Hysteria gravis (epileptoide Phase, mouvements passionnels, periode du délire) durch eine Stunde.

Im unmittelbaren Anschluss an diesen Insult zeigt sich wieder retrograde Aufhebung des Gedächtnisses, zugleich mit universeller Anästhesie und Analgesie.

Pat. setzt sich nach abgelaufenem Anfall ruhig auf, blickt verwundert um sich, ist ganz rathlos, dann ängstlich, fragt: „was ist geschehen? wo bin ich?“ Dann (mit steigender Unruhe): „ich bitte Euch, sagt mir was; mein Gott, ich kenne mich nicht aus.“ Auf Fragen, was sie sei, wie sie heisse, wo sie sich befinde, antwortet sie, sie wisse es nicht.

Ein ihr gereichtes Glas Wasser betrachtet sie verwundert von allen Seiten, fragt, was das sei, hält es gegen das Licht, riecht daran, kostet es und trinkt es dann rasch und befriedigt aus. Ein Stück Brot wird genau besehen, dann misstrauisch weggeworfen, sie wisse nicht was es sei. Aehnlich macht es Pat. mit anderen Gegenständen. Sie betastet z. B. die Wand, kratzt prüfend daran, zieht den Zimmervorhang zu sich, riecht und schleckt an demselben. Eine in geschlossener Hand ihr ans Ohr gehaltene Taschenuhr ruft ihr höchstes Erstaunen hervor. Sie horcht da und dorthin, meint, es klopfe Jemand und doch sei Niemand da. Sie kommt aus ihrem ängstlichen Staunen nicht heraus, bittet flehend, ihr doch zu sagen, wo sie sei. Bei fortdauernder Anästhesie zieht man ihr an den Haaren den Kopf gegen

die Brust herunter, ohne dass sie dies bemerkt. Schliesslich wundert sie sich, dass der Kopf heruntergefallen sei und sieht erstaunt nach der Decke empor.

Am 9. 11. wieder Stat. quo ante, mit Amnesie für die ganze Anfallszeit.

Am 11. Anfall gleich wie am 7., aber schwächer. Darnach wieder retrograde Destructio memoriae und allgemeine Anästhesie, aber schon nach 1 Stunde ist kein amnestischer Defect mehr nachzuweisen und die Sensibilität wieder hergestellt.

In der Folge noch leichte Anfälle von Hysteria gravis, aber ohne die destructive Wirkung auf das Gedächtniss. Am 19. 12. 1892 entlassen.

2. Aufnahme vom 23. 7. bis 4. 9. 1893 wegen seit Neujahr 1893 wieder bestehender Hysteria gravis-Anfälle und gelegentlicher hysterischer Dämmerzustände mit Delir, aber ohne retroamnestische Wirkung.

3. Aufenthalt im Spital vom 11. 10. 1893 ab wegen Anfällen von somnambulen Traumzuständen, aber ohne retroamnestische Wirkung.

Bemerkenswerth ist, dass bei all den seit dem 11. 11. 1892 beobachteten Hysteria gravis-Anfällen kein Sensibilitätsdefect nach diesen constatirt werden konnte.

Die interessanteste Frage ist die nach der Natur und Ursache dieser Amnesie. Worauf in früheren Fällen meist nicht geachtet wurde, das tritt in meiner Beobachtung auffallend zu Tage, nämlich die allgemeine Amnesie ist von allgemeiner Anästhesie begleitet und besteht und schwindet mit dieser. Nur Anfälle von Hysteria gravis, welche eine solche Anästhesie hinterlassen, führen zugleich zur Amnesie. Schon Janet (Geisteszustand der Hysterischen p. 95), weist auf gleichzeitigen Verlust der Sensibilität in solchem amnestischem Zustand hin und spricht die Meinung aus, dass die Sensibilität offenbar Einfluss auf das Gedächtniss hat.

Ganz besonders interessant im Sinne dieser Annahme ist folgender Fall von Bourru und Durot („die Veränderungen des Ich's" 1888 p. 123 u. ff.): Ein gew. V, bot 5 verschiedene Ichzustände, jeder durch bestimmte Amnesien und Erinnerungen ausgezeichnet. In jedem dieser 5 Zustände bot er ein besonderes Verhalten der Sensibilität.

Die hysterische destructive Amnesie mag auf Ausfällen der Sensibilität (centrale oder Apperceptionsanästhesie) beruhen (Janet, Hajos, Ranschburg), vermöge welcher das an sie geknüpfte Persönlichkeitsbewusstsein und andere Associationen sich nicht entwickeln können.

Jedenfalls erscheint es nöthig, in künftigen derartigen Fällen das Verhalten der Sensibilität während der Dauer der Amnesie genau festzustellen.

Die Fälle von totaler Amnesie haben viel mit einem psychopathischen Bild gemeinsam, das als primäre acute Dementia post trauma capitis oder als Commotionspsychose nach mechanischem Stock bekannt ist (vgl. m. Lehrbuch d. Psychiatrie, 6. Aufl., p. 337). Hier scheint eine wirkliche, wenn auch nur functionelle Demenz, als Ausdruck einer protrahirten Commotio cerebri zu bestehen, nicht eine durch Anästhesie eventuell gesetzte Hemmung der Gedächtnissfunction (Ausschaltung der Erinnerungsbilder), wenigstens habe ich in 5 derartigen Fällen keine Sensibilitätsdefecte bemerkt.

Wäre es jetzt schon sicher, dass die totale destructive Amnesie der Hysterie eigenthümlich ist, so wäre die differentielle Diagnose nur da zu machen, wo in einem Anfall von Hysteria gravis, oder in einem Aequivalent derselben, ein Trauma capitis stattgefunden hätte.

Unter allen Umständen erscheint es immerhin nicht denkbar, dass eine organische cerebrale Störung eine so allgemeine Amnesie vermittle, wie sie die Hysterie herbeiführen kann. Es ist dies ebensowenig annehmbar, als dass ein Mutismus, der doch ein unbestrittenes Syndrom von hysterischer Bedeutung ist und in einer vollkommenen Ausschaltung des gesammten Sprachgebiets besteht, durch eine organische Erkrankung (Apoplexie, Erweichung) zu Stande käme. Eine solche vermag nur Bilder der Aphasie hervorzurufen.

Vergleicht man die heilbare traumatische Demenz mit dem Zustand, wie ihn eine allgemeine (hysterische) Amnesie bewirkt, so zeigen sich dort nie jene allgemeinen und tiefgehenden Ausfälle im geistigen Besitz wie bei dieser.

Bei jener Commotionspsychose besteht doch vielmehr ein psychischer Torpor, als ein umfassender geistiger Defect, eine Stupidität, als Ausdruck der Summation von gehemmter Function in den verschiedenen Hirnrindenterritorien, wobei zudem eine Verschiedenheit der Intensität und der Dauer der Störung da und dort sich herausstellt. Jedenfalls ist das psychische Gebiet hier nie zur tabula rasa geworden.

Nie erfolgt hier eine plötzliche und allseitige Wiederkehr des früheren geistigen Besitzes, wie nicht selten bei hysterischer Amnesie, besonders nach neuerlichen Anfällen, sondern ein allmäliges und zeitlich verschiedenes Wiedereinsetzen der Function in disparaten Hirnrindengebieten.

Interessant in differentiell diagnostischer Hinsicht, beim Mangel einer den heutigen Anforderungen entsprechenden Krankengeschichte aber

nicht entscheidbar, ist folgender Fall bei Winslow (a. a. O. p. 317). Ein Geistlicher war nach Trauma capitis mehrere Tage lang bewusstlos. Zu sich gekommen, glich er einem intelligenten Kinde, das Alles wieder lernen musste. Nachdem er nach einigen Monaten sein Gedächtniss wieder erlangt hatte, gewann er binnen einigen Wochen seinen gesammten geistigen Besitz zurück.

Prognostisch wichtig wäre immerhin die differentielle Diagnose von allgemeiner Amnesie (hysterischer) und Commotionspsychose, denn bei ersterer hat man bisher immer Schwinden des Gebrechens beobachtet, bei letzterer als Ausgang nicht selten Schwachsinn.

IX.

MEINEID. HYSTERISMUS. BEHAUPTETE AMNESIE UND UNZURECHNUNGSFAEHIGKEIT.[1]

1) Jahrbücher für Psychiatrie. XIII. Bd. Heft 2 u. 3.

Meineid. Hysterismus. Behauptete Amnesie und Unzurechnungsfähigkeit.

Ergebnisse aus den Untersuchungsacten.

Anfang Juli 1892 schloss die 30 Jahre alte, ledige, bei ihrer Freundin, einer Hausbesitzerin in Graz, lebende J. in Vertretung dieser, einen mündlichen Miethvertrag mit einem gewissen K. und dessen Ehefrau.

Eine Hauptbedingung war, dass die gemiethete Wohnung als „rein von Wanzen und trocken“ garantirt werde, welche Garantie die Vermietherin leistete.

Bei einer Besichtigung der gemietheten Wohnung am 15. Juli 1892 fanden sie die Miether voller Wanzen, erklärten die Vertragsbedingungen nicht erfüllt und verlangten Rückerstattung ihres Haftgeldes. Dies wurde verweigert.

Es kam zum Process. Am 3. September 1892 leistete die J. einen Eid: „es ist nicht wahr, dass K. die Bedingung stellte, die Wohnung müsse frei von Ungeziefer sein“. Darauf beschuldigten die K.'s die Z. des Meineides. In der durchgeführten Untersuchung und Verhandlung (27. Januar 1893) gegen die J. weiss diese die kleinsten Details bezüglich der Vorgänge am 15. Juli 1892, erinnert sich betimmt daran, dass bei der Miethangelegenheit von Ungeziefer nicht die Rede war. Die K.'s und zwei Ohrenzeugen des Miethvertrages erklären unter Eid das Gegentheil. Die J. wird zu 2 Monaten Kerker verurtheilt. Nachdem eine auf processuale Gründe gestützte Nichtigkeitsbeschwerde vom obersten Gerichtshof verworfen worden war, machte der Vertheidiger verschiedene Thatsachen aus der Lebensgeschichte seiner

Clientin geltend, die nach seiner Ansicht zu Zweifeln an ihrer geistigen Gesundheit berechtigten, producirte ärztliche Zeugnisse (s. u.) nach denen ihre Erinnerungsfähigkeit fraglich sei und beantragte Untersuchung des Geisteszustandes und Wiederaufnahme des Verfahrens.

Das gerichtsärztliche Gutachten vom Juni 1893 constatirt zwar Hysterismus, findet aber keine Anhaltspunkte für Störungen der Erinnerung, plötzliche Gedächtnissdefecte u. s. w. Das Gesuch des Vertheidigers wird nun abschlägig beschieden. Diese Misserfolge führen zu bedeutender Verschlimmerung der hysterischen Neurose, sodass Spitalbehandlung nothwendig wird.

In einem neuerlichen Gutachten vom 1. November verbleiben die Gerichtsärzte bei ihrer früheren Beurtheilung. Wegen Wichtigkeit und Schwierigkeit des Falles beschliesst der Gerichtshof die Einholung eines Facultätsgutachtens.

Facultätsgutachten.

Um zur Klarheit über die geistige Verfassung der wegen Meineides verurtheilten J. zu gelangen, erscheint es nothwendig, ihr früheres körperliches und seelisches Verhalten an der Hand der in den Acten enthaltenen Thatsachen festzustellen.

Mit Rücksicht auf die der Facultät zur Entscheidung vorgelegte Frage nach dem Geisteszustande der J. zur Zeit der Eidesleistung, dürfte es zweckdienlich sein, die Lebensperiode bis zur Verhängung der Untersuchung und von da ab bis zur Entlassung aus dem Spital zu unterscheiden.

I. Der Zeitabschnitt bis zur Verhängung der Untersuchung.

Dr. M. schildert in einer wissenschaftlichen Arbeit „über Arsenlähmungen“ seine frühere Clientin als von gesunden Eltern abstammend, jedoch soll des Vaters Mutter im Alter verblödet und die mütterliche Grossmutter Schnapstrinkerin gewesen sein. Mit 8 Jahren machte die J. einen Kopftyphus durch. Zeugin Z., welche die J. seit ihrem 7. Jahre kennt und mit ihr in gemeinsamem Haushalt seit 1888 lebt, berichtet, dass ihre Freundin mit etwa 17 Jahren gemüthsleidend war, aus Kummer, dass ihre Hoffnung auf eine grosse Erbschaft plötzlich zunichte wurde.

1888 sei die J. aus Schreck bei einem Gewitter mehrere Tage bewusstlos gewesen.

Auch M. erwähnt, dass die J. nach dem 18. Jahre verschiedene nervöse Symptome bot, 1889 nach heftigem Schreck sehr aufgeregt war, sodass eine Psychose befürchtet wurde. Dies trat nicht ein, aber die J. blieb sehr nervös, litt oft an Kopfweh, Appetitlosigkeit und Uebelkeiten.

Vom August 1890 ab kränkelte sie an chronischer Arsenvergiftung, bekam von Mitte September 1890 ab eine sehr schwere toxische multiple Arsenneuritis, auf deren Höhe auch die Psyche mit ergriffen war. Patientin bot erschwertes Denkvermögen, geschwächte Erinnerungsfähigkeit, erkannte die Umgebung erst nach längerem Nachdenken, bot sogar im October ein kurzes Inanitionsdelir. Mitte November verlor sich der augenscheinlich auf Erschöpfung (Inanition) des Nervensystems beruhende psychische Schwächezustand. Sie genas völlig, auch von ihrer multiplen Nervenentzündung, gegen Weihnacht 1890.

Dr. M. sah seine Patientin vier Wochen später, war erstaunt über ihr prächtiges Aussehen. „So frisch, voll, blühend" hatte er sie nie zuvor gesehen.

Mit dieser Darstellung contrastirt die Aussage der Zeugin L., wonach die J. seit der Arsenvergiftung sehr schlechtes Gedächtniss hatte, zeitweise Bekannte nicht erkannte, an Schwindelanfällen litt, auch misstrauisch, gelegentlich ganz grundlos eigensinnig war. Gleichwohl vertraute ihr die L. die Administration ihres Hauses an und gestattete ihr den Abschluss von Miethverträgen!

Dr. M. attestirt am 23. März 1893, dass er die J. im Frühjahr und Sommer 1892 bis in den Herbst hinein nicht mehr so körperlich und geistig frisch fand, wie vor 1890.

Er fand damals wiederholt ihr Auffassungsvermögen vermindert, sie folgte dem Gespräch nicht mit gewohntem Interesse und der Gedankenablauf erschien träger; das Gedächtniss war nicht intact, sie erinnerte sich zuweilen auffallend langsam und zeigte dabei auffällige nervöse Reizbarkeit. Er erklärt sich diese Anomalie, abgesehen von erblicher Belastung und überstandener Nervenkrankheit, aus bestehendem, zuweilen fieberhaftem Lungenspitzenkatarrh und Blutarmuth.

Als die J. im Juli 1892 mit den K.'s verhandelte und am 3. September 1892 einen Eid leistete, ebenso als sie am 2. November gerichtlich vernommen und am 27. Februar 1893 mit ihr die Hauptverhandlung durchgeführt wurde, erschien sie niemand psychisch auffällig und theilte auch nichts von Krankheit und speciell Gedächtnissschwäche mit.

Sie erinnerte sich aller Details ihrer Rencontres mit den K.'schen,

ausgenommen die einzige, Gegenstand der Recriminationen bildende Bedingung des Miethvertrages und wies darauf hin, dass die Angaben der Contrazeugen schon deshalb nicht wahr sein könnten, weil es bei ihr nicht üblich sei, bedingte Miethverträge abzuschliessen.

Am 27. Februar 1894 erklärt sie, dass, wenn K. eine Bedingung gestellt hätte, sie ihn hinausgeworfen haben würde. Zeuge L. bestätigt auch, dass, als er als Miether einmal eine Bedingung stellen wollte, sie ihn schroff abwies.

Die J. vertheidigt sich geschickt, logisch und consequent vor Gericht, sucht die Glaubwürdigkeit der Zeugen zu verdächtigen und erhebt schliesslich Einsprache gegen das Verfahren.

Versucht man die bisherige geistige und körperliche Persönlichkeit zu beurtheilen, so kann darüber kein Zweifel bestehen, dass die nach dem Befund der Gerichtsärzte gracile, schwächliche, neuropathische J. ein belastetes Individuum ist. Eine Reihe von abnormen Reactionserscheinungen ihres Nervensystems in früherer Zeit sind Beweise dafür, dass diese Belastung eine sehr erhebliche ist und vorübergehend schon das Bild wirklicher Nervenkrankheit (Hysterie) erreichte. Die schwere Arsenvergiftung, an welcher die J. vom August bis Ende 1890 litt, war geeignet, die neuropathische Constitution noch mehr zu erschüttern und Pat. noch empfindlicher gegen Schädlichkeiten zu machen. Da aber Dr. M. im Januar 1891 blühende Gesundheit constatirte und erfahrungsgemäss eine vorübergehende Schädlichkeit, wie sie die Arsenvergiftung darstellte, keine dauernden Folgen im Sinne einer Zerrüttung der geistigen Functionen hinterlässt, kann diese episodische Krankheit nur in obigem Sinne, als Verstärkung der neuropathischen Belastung, in Betracht kommen.

Dass die J. zur Zeit als sie den Miethvertrag schloss und den Eid leistete, weder mit einer Geisteskrankheit noch mit einer Sinnesverwirrung, wie sie im § 2 des Oesterr. Strafgesetzbuches erwähnt ist, behaftet war, lässt sich bestimmt annehmen. Damit ist aber die gestellte Frage noch lange nicht erledigt, denn bei gewissen Nervenkrankheiten, wie z. B. Neurasthenie und Hysterie, sind auch elementare Störungen des Seelenlebens, z. B. Erinnerungsschwäche und Erinnerungstäuschungen möglich, die im concreten Falle, d. h. mit Bezug auf das Delict, schwer ins Gewicht fallen müssten und überdies, als wiederholt bei der J. beobachtet, von Dr. M. attestirt wurden. Ueberdies werden analoge Beobachtungen von der Zeugin L. mitgetheilt.

Bei aller dadurch gebotenen Vorsicht, erscheint die Gedächtnissschwäche der J. anlässlich ihrer eidlichen Aussage, in eigenthümlichem Licht.

Während man bei Nervenkranken, namentlich Neurasthenischen, jederzeit auf Erinnerungsdefecte für Erlebnisse, namentlich unbedeutende, gefasst sein muss und bei Hysterischen überdies Erinnerungstäuschungen, d. h. falsche und vielfach von der Phantasie entstellte Reproductionen von Erlebnissen zur Beobachtung gelangen, erscheint es unfassbar, wie aus einer zusammenhängenden und durch Associationen geknüpften Reihe von vollkommen treu reproducirten Erlebnissen gerade ein einziges Glied der ganzen Reihe nicht erinnert werden soll.

Eine solche partielle Amnesie wäre noch erklärbar, wenn ein ganz zufälliges, gar nicht zur Sache gehöriges und damit bedeutungsloses, gleichzeitig erlebtes Ereigniss nicht erinnerbar wäre, aber die incriminirte angebliche Erinnerungslücke enthält geradezu den wichtigsten, den Vermiether belastenden Theil des ganzen Miethvertrages, nicht einen nebensächlichen Umstand, und die von K. gestellte und von ihm und anderen Zeugen beschworene Bedingung war nach den eigenen Angaben der J. eine so ungewöhnliche und unannehmbare, dass, wenn dieselbe wirklich gestellt worden wäre, die J. den Contrahenten unbedingt „hinausgeworfen“ hätte.

Nach allgemeinen empirischen Reproductionsgesetzen werden aber gerade Begebenheiten am leichtesten erinnert, die ungewöhnlich sind und eine Gemüthsbewegung, während sie erlebt wurden, hervorriefen. Dies hätte nach den Angaben der J. nothwendig der Fall sein müssen, und gleichwohl vermag sie sich dieser Episode nicht zu erinnern.

Eine weitere Erfahrung lautet dahin, dass selbst in Verlust gerathene Erinnerungen wieder erweckt zu werden pflegen, wenn ihre Erinnerung aufgefrischt wird, namentlich indem Nebenumstände erwähnt und dadurch die ursprünglichen Associationen wieder angeregt werden. Dazu war während der Recriminationen der K. und in der der Eidesleistung vorausgehenden Verhandlung vom 3. September 1892 reichlich Gelegenheit geboten. Gleichwohl besteht diese isolirte Erinnerungslücke der J. fort.

Die J. behauptet zudem nicht einfach, dass sie sich an die Bedingung der K. nicht erinnern könne, sondern sie schwört positiv, dass eine solche Bedingung gar nicht gestellt worden sei. Es ist ein grosser Unterschied, ob jemand erklärt, er könne sich an eine Begebenheit nicht erinnern oder ob er positiv angiebt, dieselbe habe nie stattgefunden. Damit liegt implicite die Erklärung: Mein Gedächtniss ist gut, ich kann mich auf dasselbe selbst angesichts eines zu leistenden Eides verlassen. Thatsächlich entdecken Angeklagte, Freundschaft derselben und Vertheidiger erst nachdem der Process verloren ist, das schlechte Gedächtniss der J., von welchem weder während der Ver-

handlungen vor Gericht noch hinsichtlich der Informationen, welche die J. ihrem Vertheidiger giebt, sich Spuren erkennen lassen.

Die J. stellt stellt sich mit ihrer obigen assertorischen Behauptung in Widerspruch zur Erfahrung an wirklich gedächtnissschwachen Personen (Neurasthenische, Hysterische, Geistesschwache, Greise u. s. w.), welche, im Bewusstsein der Unverlässlichkeit ihres Gedächtnisses, einfach erklären, sich an das und jenes nicht erinnern zu können, etwaige Erinnerungsspuren aufzufassen bemüht sind, keineswegs aber erklären, die Begebenheit erlebt zu haben. So spricht und urtheilt nur der, welcher ein gutes Gedächtniss und Gewissen hat.

Die partielle Erinnerungslosigkeit der J. am 15. Juli 1892 und am 3. September 1892 entbehrt damit jeder medicinisch-psychologischen Unterlage und ist wissenschaftlich nicht annehmbar.

Allerdings lässt sich nach den Depositionen des Arztes M. nicht bezweifeln, dass die J. schon im Sommer 1892 nervenkrank war, geistig leicht erschöpfbar, im Gedächtniss nicht intact, aber eine continuirliche geistige Schwäche ist damit nicht constatirt und die elementaren psychischen Störungen überschreiten nicht den Rahmen der durch körperliches Leiden (Anämie, Lungenspitzenkatarrh) vermittelten reizbaren Schwäche (Neurasthenie) bei einer belasteten Persönlichkeit. Die Entwickelung der hysterischen Nervenkrankheit und ihre Steigerung zur psychischen Erkrankung datirt aber aus späterer Zeit.

Unter allen Umständen wird durch die von M. beigebrachten Umstände die medicinisch-psychologische Beweisführung gegen die von der J. behauptete partielle Amnesie nicht erschüttert.

II. Der Geisteszustand der J. von der Verurtheilung bis zur Entlassung aus dem Spital.

Wie nicht anders zu erwarten war, entwickelte sich unter den Aufregungen und Sorgen, welche der Strafprocess und die Verurtheilung mit sich brachten, bei der belasteten, durch frühere und neuerliche Krankheit noch mehr disponirten, schon lange nervenkranken Persönlichkeit die Krankheit weiter.

Dr. M. attestirt, dass er die J. vom 10. December 1892 ab drei Monate behandelt hat. Sie litt an Bronchialkatarrh, hochgradiger Nervosität und Schlaflosigkeit. Zuweilen hatte sie auch heftige Kopfschmerzen und auffallende Gedächtnissschwäche.

Bei einer späteren Vernehmung ergänzt M. seine Aussagen dahin, dass die J. in hohem Grade hysterisch war, d. h. sie hatte Nervenschmerzen, ihre Gemüthsstimmung wechselte sehr oft ganz unmotivirt.

Die Z. berichtete dem Arzt von gelegentlichen Krampfanfällen und deponirte, als Zeugin einvernommen, dass ihre Freundin schon zur Zeit des Processes auf Vorladungen vergass, sodass sie daran gemahnt werden musste. Aus dem Befund der Gerichtsärzte vom 20. Juni 1893 ergiebt sich deutlich das Bild einer hysterischen Neurose, mit allen Uebertreibungen, welche dieser Krankheit eigenthümlich sind.

Als Pat. bemerkt, dass sie auf die Gerichtsärzte einen ungünstigen Eindruck macht und manche ihrer Aeusserungen, z. B. sie habe die Erinnerung an die Miethaffaire und an die Gerichtsverhandlungen verloren, ungläubig aufgenommen werden, geräth sie in wachsende Erregung, sodass die erfahrenen Aerzte von einer weiteren Exploration abstehen und sie entlassen.

Im Hôtel bricht ein hysterischer Krampfanfall aus, der von Prof. v. W. bestätigt wird und temporäre Amnesie für die dem Anfall vorausgehenden Begebenheiten hinterlässt, wie dies oft bei hysterischen Krampfanfällen zu beobachten ist.

Pat. kommt nun auf die Nervenklinik des Grazer allgemeinen Krankenhauses und verfällt in Geistesschwäche, die, nebst Gedächtnisslosigkeit, noch am 6. September 1893 von Prof. v. W. constatirt wird.

Im Einklang mit den Darlegungen dieses Fachmannes lässt sich dieser abnorme Geisteszustand, wie er bis Anfang September 1893 von den Aerzten der Nervenklinik beobachtet und geschildert wurde, als hysterische Geistesstörung bezeichnen. Ueber den seitherigen Verlauf der Krankheit fehlt es an Mittheilungen, sodass der gegenwärtige Zustand und die Frage der Heilbarkeit einer Beurtheilung sich entziehen.

X.

HYSTERIA GRAVIS.

Hysteria gravis.

Oophorectomia sinistra 1889 mit gutem Erfolg. Recidive. Castration 1892. Dauernde Genesung.

Ein Beitrag zur Castrationsfrage bei Hysteria gravis und zur differentiellen Diagnose organischer und functioneller Erkrankung vermittelst Hypnose.

Am 7. 7. 1888 erschien in meiner Sprechstunde eines Nervenleidens wegen Frl. M. Z., 19 Jahre, Ungarin, in Begleitung ihrer Angehörigen.

Der Vater ist gesund, einer seiner Brüder leidet an Tabes, ein anderer ist psychisch krank.

Die Mutter ist nervös. Sonst liess sich in der Familie nichts Belastendes ermitteln.

Pat. normal geboren, hat, ausser Scarlatina mit 9 Jahren, keine schweren Krankheiten durchgemacht, grosse intellectuelle Begabung gezeigt, ohne Beschwerden mit 14 Jahren ihre Menses bekommen. Vom 15. Jahre ab war sie chlorotisch, litt viel an Cardialgie, Erbrechen, kam körperlich dadurch herunter.

Mit 17 Jahren, nach einer Gemüthsbewegung, traten Lethargusanfälle auf, die bei der geringsten Emotion, namentlich aber menstrual sich wiederholten und, trotz Wasserkuren, immer häufiger und protrahirter wiederkehrten. Intervallär grosse Reizbarkeit, Emotivität. Eine von einem hervorragenden Gynäcologen in Chloroformnarcose unternommene innere Untersuchung constatirte negativen Befund.

Als eines Tages der 17½jährigen Tochter der Vater von der Behandlung in einer Heilanstalt sprach, reagirte diese darauf mit Hysteria gravis (epileptoide Phase, grands mouvements). Die Anfälle dauerten, mit kurzen Intervallen, durch 4 Wochen fort (stat. hystericus), während

welcher Zeit es nur durch Morphiuminjection möglich war, temporär Ruhe zu verschaffen und Nahrung zuzuführen.

Schon nach dem 1. Anfall hatte sich eine Streckcontractur in der linken Ober- und Unterextremität entwickelt. Die Anfälle kehrten, trotz fortgesetztem Morphingebrauch, anfangs stündlich, dann mehrmals im Tage wieder.

Der Hausarzt versuchte nun Hypnose, erzielte durch blosses Anblicken und Suggestion tiefes Engourdissement, vermochte die Contractur der l. OE. sofort zu beheben, die Anfälle auf einen binnen 2 Tagen zu beschränken, war aber machtlos gegenüber der Dauercontractur in der l. UE., die nach seiner Meinung mit einer l. Ovarie in Beziehung stand.

Diese, sowie Contractur und Anfälle veranlassten die Familie, meinen Rath einzuholen.

Stat. praes. vom 8. 7. 1888.

Mittelgrosse, zarte, leicht anämische, in der Ernährung herabgekommene Persönlichkeit. Vegetative Organe ohne Befund, Urin frei von Albumen und Zucker.

Sensibilität und Sinnesorgane auf r. Körperhälfte, bis auf geringe conc. Sehfeldeinschränkung normal.

Die Sensibilität l. in allen Qualitäten von den Zehen bis zum oberen Drittel des l. Unterschenkels aufgehoben, von da bis über dem Kniegelenk, ringförmig abschneidend, erhalten, weiter aufwärts auf der ganzen l. Körperhälfte herabgesetzt.

L. Amblyopie, Dyschromatopsie, bedeutende conc. Sehfeldeinschränkung, Hypakusie, auch Geruch und Geschmack sehr herabgesetzt.

L. aufgehobener Scleral-, Gaumen-, Rachen-, Nasenreflex. Spinalirritation, l. Ovarie, epigastrische Myodynie, klassische hysterische Streckcontractur der l. UE. Grosse Emotivität, Verstimmung, sehr gestörter Schlaf.

Pat. tritt am 10. 7. in meine Behandlung ein (Nervenklinik).

Am 13. 7. erscheinen die Menses, zugleich mit heftiger Exacerbation der l. Ovarie und sofort sich anreihendem Anfall — kurze epileptoide Phase, dann Lethargus mit allgemeiner Muskelstarre (Katochus), auf starke Compression des l. Ovariums behebbar. Nach Aufhören dieser sofort wieder Lethargus, anscheinend mit Aufhebung des Bewusstseins.

Der Lethargus dauert durch die ganze menstruelle Phase an, ist nur vorübergehend durch Morphininjection zu beseitigen. Episodisch, aber zuweilen durch viele Stunden, complicirt er sich mit allgemeiner Contractur (Starrkrampf); dem Eintreten dieser geht jeweils eine kurze epileptoide Phase voraus.

Nach Aufhören der Menses und Cessiren des Anfalls, Versuch

einer hypnotischen Behandlung, die nach Bernheim'scher Methode, besser durch Stirnstreichen, bis zu Engourdissement gelingt und am 21. schon sich bis zu Somnambulismus vertiefen lässt. Die ersten Tage löst der Hypnoseversuch jeweils Katochusanfälle aus, später nicht mehr. Die Anfälle werden milder, seltener, Morphin wird entbehrlich. Bedeutende Besserung des Schlafes, Gewichtszunahme, Vertrauen in die Zukunft und gute Stimmung, unter hypnotischer Suggestion, dass Schmerz und Anfälle schwinden werden und Genesung nur noch eine Frage der Zeit sei, werden erzielt. Ganz refractär gegen hypnotische Behandlung erwiesen sich aber l. Ovarie, Katochusanfälle und Contractur der l. UE. Die letztere lässt sich temporär durch centripetales Streichen am Fusse lösen. Centrifugales Streichen befördert ihr Wiedereintreten. Deutliche Diathèse de contracture an l. UE.

Leidlich gutes Befinden in der Folge, aber die Zeit der Menses ruft jeweils, unter Exacerbation der l. Ovarie, die Katochusanfälle wieder hervor, während sie intervallär selten und nur auf Gelegenheitsursachen (Ovarie, Emotion, besonders durch Lärm im Hause, der die r. acustisch sehr hyperästhetische Pat. empfindlich afficirt, sich einstellen.

Vom August ab zeigt sich sozusagen eine Dissociation der anscheinend combinirten Krampferscheinungen. Pat. hat nun „leichte" Anfälle (blosser Lethargus), die hypnotischer Suggestion vollkommen zugänglich sind, von der Pat. unterdrückbar („ich darf nicht, ich will nicht") sind und vollständig zum Schwinden gebracht werden — neben „schweren" Anfällen (Lethargus + allgemeine Contractur = Katochus), die jeweils durch Exacerbation der Ovarie, sicher durch den menstrualen Vorgang ausgelöst werden, sich dem Willen der Pat. und auch der Suggestivbehandlung gegenüber vollkommen refractär verhalten, also vermuthlich durch organischen Reiz ausgelöst sind.

Eine unter dieser Voraussetzung wiederholt angebrachte Paquelinisirung an der Stelle des l. Ovariums, consequente galvanische Anodenbehandlung daselbst, unterstützt durch Antipyrininjectionen, bessert dagegen auffallend die „Ovarie", damit die Katochusanfälle und die Contractur der l. UE. Diese stellt sich Oct. 1888 nur mehr anlässlich heftiger Exacerbationen der l. Ovarie ein. Vom November ab gehen auch die Menses ohne Katochusanfälle vorüber, während die von blossem Lethargus schon längst beherrschbar geworden sind.

Am 16. 1. 1889 wird dem Heimweh der Pat. Rechnung getragen und sie entlassen.

Der Status bei der Entlassung ergiebt: l. Amblyopie, bedeutende conc. Sehfeldeinschränkung, partielle Dyschromatopsie, l. Anacusie,

Anosmie, Ageusie, dissociirte Empfindungslähmung für Tast- und Temperatursinn, bei bloss herabgesetztem Schmerzsinn, auf der ganzen l. Körperhälfte bis auf einige sensible Inseln, Amyosthenie in l. OE. und UE., hochgesteigerte tiefe Reflexe in l. UE. bis zu Fussclonus, l. fehlende Scleral-, Gaumen-, Rachenreflexe, leichte Rigidität in l. Hüft- und Kniegelenk, minimale Empfindlichkeit in der l. Ovarialgegend. Zwei Monate nach der Entlassung befand sich Pat. wohl zu Hause.

Dann stellte sich die l. Ovarie wieder ein, mit ihr die Contractur der l. UE. und seit April 1889 die Anfälle.

Am 9. 5. 1889 kehrte Pat. in meine Behandlung zurück. Status diesmal wie bei der Entlassung, jedoch verallgemeinerte Diathèse de contracture.

Bei neuen Hypnoseversuchen Rigidität in allen Extremitäten, die aber suggestiv sofort zu beseitigen ist, bis auf die Dauercontractur im l. Bein. Diese ist refractär, gleichwie l. Ovarie- und Katochusanfälle.

Dieselbe Behandlung wie das erstemal. Lethargusanfälle werden rasch beseitigt. Die Localbehandlung (Paquelin, Galvanisation, Antipyrin) leistet immer weniger, die Ovarie und die offenbar von ihr abhängigen Katochusanfälle und die l. Contractur treten immer mehr in den Vordergrund, nöthigen zu immer grösseren Morphininjectionen.

Unter diesen Umständen musste sich die Ueberzeugung aufdrängen, dass jene Trias von Symptomen nicht functionell, sondern organisch (chronische Oophoritis?) vermittelt sei. Die Möglichkeit der Nothwendigkeit einer l. Ovarectomie wurde den Eltern und der Pat. klargelegt und von den vertrauensvollen und vernünftigen Betheiligten die eventuelle Erlaubniss zur Vornahme einer solchen Operation ertheilt.

Die Neurotherapie, speciell die Hypnotik hatte sich ungenügend erwiesen. Res venit ad Gynaecologam.

Herr Prof. Börner in Graz machte am 24. 6. 1889 folgenden Befund in Hypnose: Vaginalportion hochstehend, in der Kreuzbeinhöhlung; Muttermund etwas klaffend, Corpus uteri nach rechts gezogen, deutlich anteflectirt, von normaler Grösse.

Rechtes ligam. latum verkürzt, weniger dehnbar und druckempfindlich. Rechtes ligam. sacrouterinum verkürzt, etwas derb, druckempfindlich. (Abgelaufene Parametritis dextra et posterior).

Linke Douglas'sche Falte normal, linkes ligam. latum etwas gedehnt, sonst normal.

Gegen den Douglas'schen Raum emporgehend, zwischen den ligam.

sacrouterina, ein anscheinend dem normalen Ovarium entsprechender beweglicher, höchst druckempfindlicher Körper (r. Ovarium); nach links davon, durch das l. Scheidengewölbe das l. Ovarium an normaler Stelle tastbar. Bei dessen Berührung wird sofort ein (Katochus-) Anfall ausgelöst. Grobe Veränderungen an den Ovarien sind nicht zu constatiren, aber das l. Ovarium ist viel schmerzhafter, als das r. Druck löst sofort zum 2. Mal einen Anfall aus."

Am 4. 7. 1889 Laparotomie durch Hrn. Prof. Börner: „Linkes Ovarium in geringem Grade kleincystisch entartet aussehend und etwas vergrössert, wird zusammen mit dem abdominalen Ende der Tube in 2 Parthien unterbunden und abgetragen. Stiel versenkt.

Rechtes Ovarium, im Douglas adhärent, und in die Bauchwunde gebracht, erweist sich anscheinend normal und wird reponirt."

Befund am exstirpirten l. Ovarium (Prof. Eppinger): „Folliculitis haemorrhagica chronica."

Der Verlauf der Operation und die Heilung liessen chirurgisch nichts zu wünschen übrig.

Gleich nach der Operation hatten sich noch 3 kurze Katochusanfälle gezeigt. Zugleich mit der Entfernung des l. Ovariums war die „Ovarie" sowie die Contractur der l. UE. geschwunden und kehrte nicht wieder.

Eine unangenehme, aber bei dem Fehlen jeglicher Temperatursteigerung gefahrlose Erscheinung war eine den ganzen Heilverlauf bis Mitte Juli begleitende, offenbar hysterotraumatische diffuse Hyperalgesie und hochgradige Schmerzhaftigkeit des ganzen Abdomen, wogegen, des glatten Wundverlaufs wegen, Morphininjectionen nöthig waren. Diese Hyperästhesie der Bauchdecken verlor sich bis zum 16. 7.

Pat. reiste im Gefühl völliger Gesundheit Anfang August 1889 heim, aber bei der Entlassung bestanden die vor der Operation constatirten Ausfälle der Sensibilität und Sinnesempfindung links unverändert fort.

Bis Ende April 1891 erfreute sich Frl. Z. des besten Wohlseins. Sie besuchte sogar Bälle, man gedachte sie zu verheirathen. Da verspürte sie nach dem Heben einer Last einen heftigen Schmerz in der Gegend der früheren Ovarie, fieberte etwas, wurde schlaflos, verstört, appetitlos, litt viel an Erbrechen, kam rasch körperlich herunter. Der Hausarzt sprach von Entzündung der l. breiten Mutterbänder und versuchte Antiphlogose ohne Erfolg.

Eine Consultation mit einem hervorragenden Gynäkologen kam zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Entzündungsprocesses in den Adnexen (Salpingitis?). Die verordneten Ichthyoltampons waren ohne Erfolg. Man musste wieder zu Morphininjectionen greifen. Im Sep-

tember 1891 stellten sich wieder Katochusanfälle ein und kehrten, bis zu mehreren täglich, wieder. Pat. war schlaflos, wenn sie nicht Chloral bekam. Gegen Schmerzen und Anfälle erwiesen sich nur Morphiuminjectionen erfolgreich.

Anfang Februar 1892 kam Pat. zu mir nach Wien — äusserst herabgekommen, anämisch, über furchtbare Schmerzen klagend. Berührung der linken Ovarialgegend ruft sofort Katochus hervor; auch im Anschluss an heftige Schmerzen daselbst treten im Tage mindestens 3—4 Anfälle auf. Dieselben dauern so lange, oft durch Stunden, bis eine Morphininjection gemacht wird.

Die dringend verlangte Hypnose erweist sich quoad Eintritt und Intensität der Schmerzen und der Anfälle ganz wirkungslos, sodass nur Morphium, mit dem allmälig bis zu 0.18 pro die gestiegen werden muss, den Zustand erträglich macht.

In den Anfällen ist das Bewusstsein aufgehoben. Nach dem Erwachen besteht jeweils Klage über heftigen diffusen Kopfschmerz.

Die Diagnose der Gynäcologen lautet unbestimmt; Hydrosalpinx oder Neubildung wird vermuthet. Die wiederholte Sensibilitätsprüfung ergiebt folgenden constanten Befund:

L. Hemianästhesie, mit Ausnahme der behaarten Kopfhaut, des Halses, Nackens, der Innenseite des Oberarms und des Abdomens.

Passive Bewegungen der Finger und Zehen werden als Berührung, solche im Kniegelenk gar nicht empfunden.

L. Conjunctiva, Nasen-, Lippenhälfte, Mundschleimhaut anästhetisch. L. Anosmie und Ageusie. L. Gesichtsfeld stark concentrisch eingeschränkt, l. Farbenblindheit. Mit verbundenem r. Auge vermag Pat. nicht umherzugehen, ohne an Gegenstände anzustossen.

Am 27. 2. 1892 machte Herr Prof. Schauta die Laparotomie.

Der mir gütigst zur Verfügung gestellte Befund lautete:

„Nach Eröffnung der Bauchhöhle an den linken Adnexa, wo das Ovarium fehlt, mehrere Darmadhäsionen in der Gegend des entfernten l. Ovars, die stumpf leicht gelöst werden. Die Tube normal, wird ligirt und abgetrennt. Die r. Adnexa, in Pseudomembranen im Becken adhärent, werden stumpf losgeschält und vorgezogen. Ovarium, mit mehreren kleinen Cystchen durchsetzt, wird sammt Tube 2 Mal ligirt und abgeschnitten."

Nach der Operation waren die Anfälle und das Morphiumbedürfniss unverändert. Schon in den folgenden Tagen werden die Anfälle schwächer, seltener (3—4 pro die), beschränken sich, trotz successiver Verminderung der Morphindosen, auf 1 täglich. Seit 4. 4. kein Anfall mehr. Nun gelingt die Morphiumentziehung rasch.

Der Heilungsverlauf der Wunde war ein glatter gewesen.

Mitte April wurde Pat. genesen entlassen. Die Sensibilitätsprüfung ergab beim Austritt unveränderte Verhältnisse.

Die in den folgenden Monaten eintreffenden Nachrichten besagten, dass Pat. häufig an Kopfschmerz, Congestionen, Hitzegefühl, Herzklopfen, Beklemmungen, Reizbarkeit leide. Diese grossentheils mit dem Klimax artificialis zusammenhängenden Beschwerden, gegen welche Brom und Antipyrin gute Dienste leisteten, verloren sich bis zum October 1892.

Frl. Z. erfreute sich seither, wie ich mich selbst anlässlich ihrer Besuche überzeugen konnte, des besten Wohlseins und sah blühend aus.

Noch im Lauf des Spätherbstes 1895 constatirte ich jedoch in der l. UE. leichte Amyosthenie und etwas herabgesetzte Sensibilität für Tast- und thermische Eindrücke.

Genitale Blutungen sind seit der letzten Operation nie mehr aufgetreten. Seither habe ich meine frühere Patientin nicht mehr gesehen (s. u.). Aus gelegentlichen Briefen derselben (zuletzt Sommer 1897) geht hervor, dass dieselbe sich vollkommen wohl befindet.

Epikrise: Der vorstehende Fall scheint mir für den Neurologen wie den Gynäkologen gleich interessant und geeignet, als Baustein für eine zu schaffende Indicationslehre operativer Behandlung der Hysteria gravis zu dienen.

Es handelte sich hier um ein complicirtes Nervenleiden, das bei einer augenscheinlich hereditär Belasteten, in Folge eines psychischen Shoks, entstanden schien und nach einer halbjährigen Dauer, durch eine weitere heftigere Gemüthsbewegung, eine bedeutende Verschlimmerung erfahren hatte.

In dem reichen Symptomendetail des Krankheitsbildes erscheinen Anfangs Symptome (Lethargusanfälle u. s. w.), die einer psychischen und medicamentösen Therapie sich zugänglich erweisen.

Bald aber stellt sich eine Trias von Erscheinungen (Dauercontractur der l. UE., Katochusanfälle, l. Ovarie) ein, die einer solchen Therapie gegenüber gänzlich refractär bleibt, menstrual jeweils exacerbirt. Contractur und Katochuszustände erscheinen in Zusammenhang mit der Ovarie, indem sie jeweils durch Exacerbation dieser mit hervorgerufen oder, wenn vorhanden, gesteigert werden.

Nur Anfangs gelingt es, nach örtlicher Behandlung der Ovarie, diese Symptome zurücktreten zu lassen. Den Anstoss zu Zweifeln an einer bloss functionellen Begründung jener Symptome giebt der Misserfolg der suggestiven Therapie, der bei der sonst doch schrankenlos beherrsch- und beeinflussbaren Pat. höchst auffällig sein musste.

Die gynäkologische Untersuchung ergab einen negativen Befund hinsichtlich anatomischer Veränderungen am l. Ovarium und konnte keine Ermuthigung zur operativen Entfernung dieses Organs geben. Immerhin bestärkte die Exploration wenigstens die klinische Annahme, dass jene Symptome reflectorisch ausgelöst waren, insofern Druck auf das überaus empfindliche Ovarium Katochusanfälle auslöste.

Die Operation, welche auf Andrängen des Klinikers unternommen wurde, bestätigte diese Annahme und erfüllte vollkommen die auf sie gesetzten Hoffnungen.

Unverhältnissmässig gering waren indessen die anatomischen Veränderungen in dem exstirpirten Ovarium. Lässt doch Nagel (Archiv f. Gynäkologie, Bd. 31, H. 3) nur die chronisch interstitielle Oophoritis als eine solche gelten, während er die sog. chronische folliculäre oder kleincystische Degeneration als einen noch physiologischen Zustand ansieht, im Widerspruch mit Petitpierre (ebenda 35, H. 4), der ihn für pathologisch hält.

Eine solche Frage mitentscheiden zu wollen, kommt dem Neurologen nicht zu. Von grosser Bedeutung ist für ihn die Thatsache, dass so geringfügige anatomische Veränderungen im Stande sind, so weitgehende klinische Reactionen hervorzurufen.

Von dieser Erkenntniss zur Annahme, dass auch blosse sog. functionelle Störungen in Ovarien die Ursache schwerer Nervenkrankheit sein können, ist nur ein Schritt. Nur bei Belasteten dürften übrigens solche geringfügige periphere Reize derlei Wirkungen entfalten können.

Der operative Erfolg in dem berichteten Fall rechtfertigt jedenfalls bei solcher Aetiologie die Exstirpation eines gynäkologisch nicht nachweisbar veränderten Ovariums und verlegt den Schwerpunkt für die Entscheidung in den klinischen Befund. Ein Misserfolg in einem ganz analogen Fall, wo erst nach vieljähriger Dauer der Krankheit operirt wurde, legte den Wunsch nahe, dass in solchen Fällen möglichst frühzeitig zur Operation geschritten werde. Liegt es doch nahe, zu vermuthen, dass nach längerer Krankheitsdauer eine analoge „Veränderung“, wie sie im Gehirn des Epileptischen mit Recht vorausgesetzt wird, sich auch bei Hysteria gravis herausbildet und dass dann beliebige anderweitige Organe und Theile des Körpers spasmogen werden können und die Stelle der „Ovarie“ dann spielen.

Nur sehr ausnahmsweise, und nur bei einer so überaus suggestiblen Person, wie es meine Patientin war, wird der Misserfolg einer Suggestivbehandlung, die ja doch nur functionelle Störungen beseitigen kann, Hinweise auf eine anatomische Begründung von Krankheitserscheinungen gestatten.

Pat. hatte das Unglück, nochmals ein experimentum crucis abgeben zu müssen, insofern eine neuerliche Erkrankung, in Gestalt einer l. Adnexenreizung, den früheren Symptomencomplex hervorrief und eine neuerliche Operation nöthig machte, bei welcher diesmal beide Tuben und das mit mehreren kleinen Cysten durchsetzte rechte Ovarium entfernt wurden.

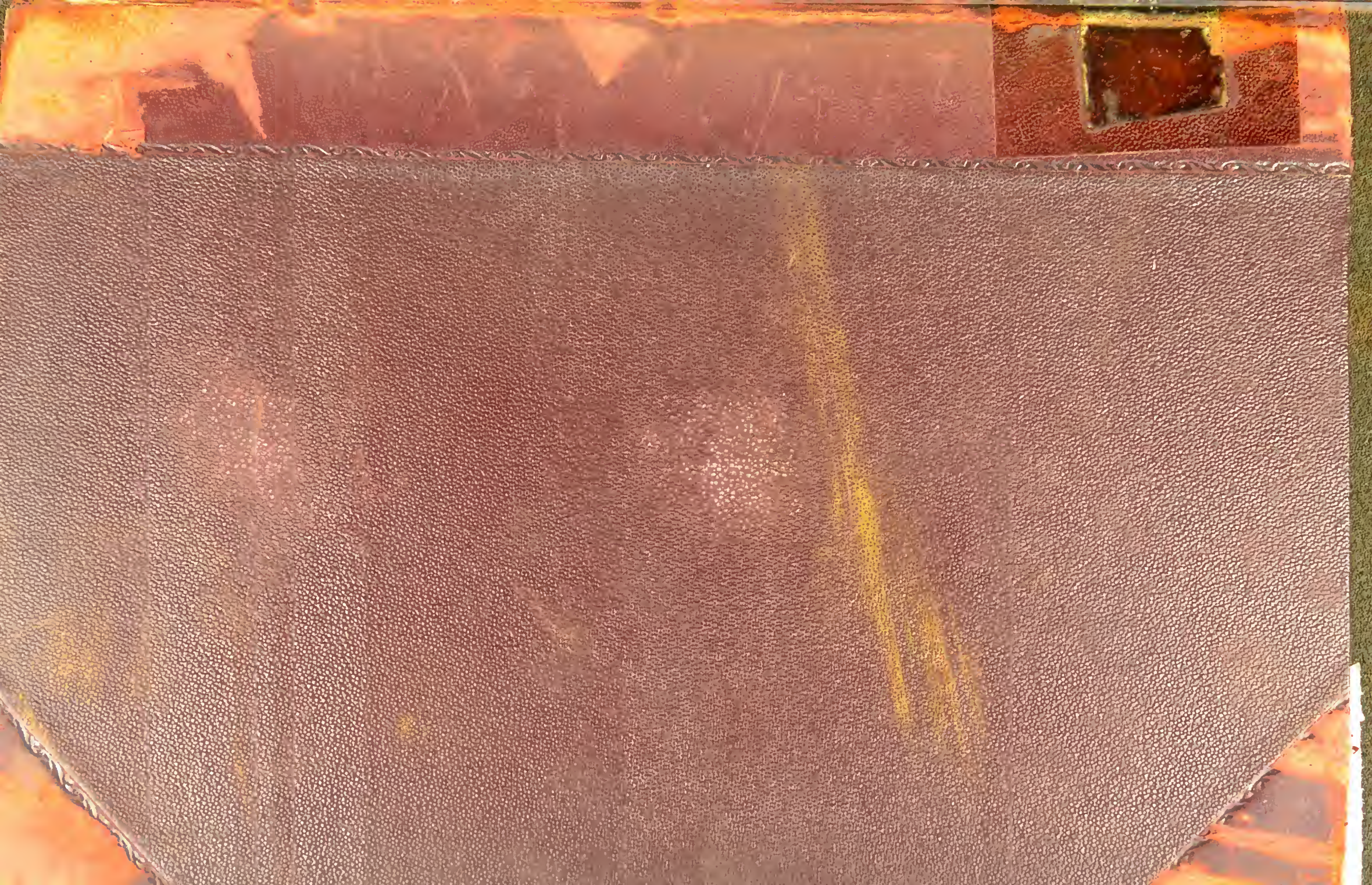
Dieser radikalen Operation verdankte Pat. endlich ihre Erlösung von qualvollem Siechthum und von drohendem Morphinismus.

Im Juni 1898 kam Pat. neuerlich in meine Behandlung wegen eines schweren, angeblich nervösen Magenleidens.

Die Beobachtung und Untersuchung durch Autoritäten ergab, dass es sich um ein Ulcus ventriculi handelte, nicht um Neurose. Neurologisch wurde quoad hysteriam ein vollkommen negativer Befund constatirt, sodass die operative gründliche Beseitigung der früheren Neurose über allen Zweifel erhaben ist.

Lippert & Co. (G. Pätz'sche Buchdr.), Naumburg a. S.

~~Psychology and Insanity~~

~~Number 12~~.

PATHOLOGICAL LABORATORY, L.C.C.